

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Anna Kallinen
Liisa Laitinen

SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN SOMAATTINEN TERVEYSSEURANTA
JA -NEUVONTA

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Anna Kallinen, Liisa Laitinen

Nimi
Skitsofreniaa sairastavan somaattinen terveysseuranta ja -neuvonta

Toimeksiantaja
Joensuun mielenterveyskeskus

Tiivistelmä

Skitsofreniaa sairastaa Suomen väestöstä 0,5–1,5 prosenttia. Skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus somaattisiin sairauksiin on 2–3 -kertainen ja elinajanodote 10–25 vuotta vähemmän yleisväestöön verrattuna. Suurimmat kuolinsyyt ovat erilaiset somaattiset sairaudet, joista yleisimpiä ovat tyypin 2 diabetes, metabolinen oireyhtymä sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Skitsofreniaa sairastavien somaattisen terveydentilan seurannan ja neuvonnan toteutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa skitsofreniaa sairastavien somaattisen terveysseurannan ja -neuvonnan toteutumista Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikalla. Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla suullisesti 30:tä kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavaa strukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille skitsofreniaa sairastavan omia kokemuksia somaattisesta terveydestä ja somaattisen terveysseurannan sekä -neuvonnan toteutumisesta.

Tulokset osoittivat, että kolmella osallistujalla neljästä oli yksi tai useampi somaattinen terveyshaikka. Tarve somaattiselle terveysseurannalle ja -neuvonnalle vaikuttaa olevan suuri. Terveysneuvonta on tulosten mukaan toteutunut hyvin. Terveyden seurantavälejä tulisi jatkossa lyhentää, jotta terveydenhoito toteutuisi suositusten mukaisesti.

Kieli

suomi

Sivuja 55

Liitteet 4

Liitesivumäärä 8

Asiasanat

skitsofreniaa sairastava, terveysseuranta, terveysneuvonta, hoitokokemus



THESIS
October 2016
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel +35850 405 4816

Authors
Anna Kallinen, Liisa Laitinen

Title
Somatic Health Monitoring and Education Among People with Schizophrenia

Commissioned by
Joensuu City, Mental Health Centre

Abstract

The prevalence of schizophrenia is 0.5–1.5 percent in Finland. The mortality of people with schizophrenia due to somatic illnesses is two- to three-fold compared with the general population. The gap in life expectancy between people with schizophrenia and general population is from 10 to 25 years. The main cause of death is somatic illnesses. The most common somatic illnesses among people with schizophrenia are type 2 diabetes, metabolic syndrome and cardiovascular diseases. Close attention should be paid to somatic health monitoring and education among people with schizophrenia.

The purpose of this thesis was to explore how the somatic health monitoring and education have been implemented at the Rehabilitation Outpatient Clinic of Joensuu City Mental Health Centre. The material was collected through structured interviews among 30 persons who have schizophrenia. The aim of this thesis was to describe people's own experience of somatic health monitoring and education.

The results showed that three out of four persons had one or more somatic health hazard. There seems to be a reasonable need for somatic health monitoring and education among the interviewed persons. Although health education among these persons was successful, the monitoring frequency needs to be shorter in future.

Language

Finnish

Pages 55

Appendices 4

Pages of Appendices 8

Keywords

people with schizophrenia, health monitoring, health education, health care experience

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Skitsofrenia	7
2.1	Skitsofrenian esiintyvyys ja oireet	7
2.2	Skitsofrenian hoito	8
3	Skitsofreniaa sairastavan yleisimmät somaattiset sairaudet	10
3.1	Tyypin 2 diabetes.....	10
3.2	Metabolinen oireyhtymä.....	11
3.3	Sydän- ja verisuonisairaudet.....	14
4	Skitsofreniaa sairastavan somaattinen terveysseuranta ja -neuvonta	15
4.1	Skitsofreniaa sairastavan somaattinen terveys.....	15
4.2	Skitsofreniaa sairastavan somaattisen terveysseurannan	17
	ja -neuvonnan suositukset	17
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	20
6	Toteutus.....	21
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	21
6.2	Kohderyhmä	22
6.3	Aineiston hankinta ja aineiston analyysi	22
7	Tulokset	25
7.1	Taustatiedot	25
7.2	Sydän- ja verisuonisairauksien seuranta ja neuvonta	27
7.3	Verensokerin ja painon seuranta ja neuvonta	28
7.4	Päihteidenkäytön seuranta ja neuvonta	30
7.5	Liikunnan ja unihäiriöiden seuranta ja neuvonta	31
7.6	Osallistumishalukkuus ryhmätoimintoihin ja toiveet somaattisille terveyspalveluille	32
8	Pohdinta.....	34
8.1	Tulokset	34
8.1.1	Terveysseurannan toteutuminen	34
8.1.2	Terveysneuvonnan toteutuminen ja toiveiden tarkastelu	38
8.2	Toteutuksen tarkastelu	39
8.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	41
8.4	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat	44
8.5	Oppimisprosessi ja ammatillisen kasvun kuvaus	47
	Lähteet.....	50

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Tutkimuslupahakemus
Liite 3	Suostumuslomake
Liite 4	Haastattelulomake

1 Johdanto

Skitsofreniaa sairastaa Suomen väestöstä 0,5–1,5 % (Käypä hoito -suositus 2015a). Skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus somaattisiin sairauksiin on 2–3 -kertainen muuhun väestöön verrattuna ja kuolleisuusero on vain kasvanut viime vuosien aikana. Somaattinen terveys tarkoittaa tässä fyysistä tai elimellistä terveydentilaa. (Joukamaa, Heliövaara, Knekt, Aromaa, Raitasalo & Lehtinen 2001, 501; Saha, Chant & McGrath 2007, 1123–1131.) Skitsofreniaa sairastavista 37 %:lla esiintyy metabolista oireyhtymää ja 22 %:lla diabetesta (Heiskanen 2015, 45; Viertiö, Perälä, Saarni, Partti, Saarni, Suokas, Tuulio-Henrikkson, Lönnqvist & Suvisaari 2012, 865). Tyypin 2 diabeteksen yleisyys skitsofreniaa sairastavilla on jopa viisinkertainen muuhun väestöön verrattuna (Suvisaari, Perälä, Saarni, Härkänen, Pirkola, Joukamaa, Koskinen, Lönnqvist & Reunanen 2008, 129–136). Skitsofreniaa sairastavien tavallisin kuolinsyy on verenkiertoelimistön sairaudet (Hennekens, C., Hennekens, A., Hollar & Casey 2005, 1115–1121). Metabolinen oireyhtymä ja diabetes ovat myös yleisiä skitsofreniaa sairastavilla, ja ne lisäävät riskiä sydän- ja verisuonisairauksille (Leucht, Burkard, Henderson, Maj & Sartorius 2007, 322–323).

Skitsofreniaa sairastavien terveysseurannan toteutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota (Koponen & Lappalainen 2015, 577). Diagnosointivaiheessa skitsofreniaa sairastavan lääkehoito voi esimerkiksi nostaa kipukynnystä ja vaikeuttaa somaattisen sairauden toteamista. Lisäksi elinajanodotteen ennustetaan olevan noin 10–25 vuotta vähemmän muuhun väestöön verrattuna. (Laursen, Munk-Olsen & Vestergaard 2012, 83–88.) Brown (1997) on todennut, että 60 % skitsofreniaa sairastavien ylikuolleisuudesta on peräisin somaattisista sairauksista (Brown 1997, Heiskasen 2015, 1 mukaan). Skitsofreniaa sairastavien ylikuolleisuutta voidaan vähentää nostamalla somaattisen terveyden seuranta ja hoito samalle tasolle muun väestön kanssa (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010, 389–396).

Tässä opinnäytetyössä selvitetään Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavien somaattista terveysseurantaa ja -neuvontaa sekä niiden toteutumista skitsofreniaa sairastavien näkökulmasta. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan, millaisia toiveita kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavilla on somaattisille terveyspalveluille ja erilaisille terveyttä edistäville ryhmätoiminnoille. Opinnäytetyön aihevalinta perustuu Joensuun mielenterveyskeskuksen tarpeeseen lisätä henkilöstön tietoa somaattisista sairauksista skitsofreniaa sairastavilla sekä saada tietoa tämänhetkisen somaattisen terveysseurannan ja -neuvonnan toteutumisesta. Aihe on ajankohtainen, sillä tuoretta kirjallisuutta ja tutkimusta somaattisesta terveydestä skitsofrenian hoidossa on vielä vähäisesti, esimerkiksi sairastumisvaiheeseen liittyvästä dyslipidemiasta. Dyslipidemialla tarkoitetaan rasva-aineenvaihdunnan häiriötä. (Heiskanen 2015, 22.) Lisäksi toimeksiantajan edustajien mukaan skitsofreniaa sairastava saattaa tarvita enemmän henkilökohtaista neuvontaa ja seurannan toteutumisen varmistamista muuhun väestöön verrattuna (Levaniemi 2015; Nieminen 2015; Pajarinen 2015).

Opinnäytetyön avulla halutaan tarkastella skitsofreniaa sairastavan somaattista hoitoa ja hoidon toteutumista. Opinnäytetyössä painotetaan yleisimpiä skitsofreniaa sairastavilla esiintyviä somaattisia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia. Lisäksi opinnäytetyössä käsitellään metabolista oireyhtymää ja tyypin 2 diabetesta sekä sivutaan muita toimintakykyyn vaikuttavia ja terveysseurannassa huomioitavia, olennaisia terveysaiheita (uni, ravitsemus, liikunta, alkoholinkäyttö, tupakointi, paino sekä suun ja silmien hyvinvointi).

2 Skitsofrenia

2.1 Skitsofrenian esiintyvyys ja oireet

Skitsofrenialla tarkoitetaan monimuotoista, vakavaa psyykkistä sairautta, joka luokitellaan psykoosiksi (Käypä hoito -suositus 2015a; Suvisaari, Isohanni, Kieseppä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2014, 137). Psykoosi on tila, jossa todellisuudentaju on häiriintynyt vakavasti ilmentyen aistiharhoina, harhaluuloina, eriskummallisena käytöksenä tai puheen huomattavana hajanaisuutena (Lönnqvist & Suvisaari 2009). Psykoosi voi olla merkinä muun muassa alkavasta skitsofreniasta (Moilanen 2013, 886).

Skitsofreniaa sairastaa koko Suomen väestöstä 0,5–1,5 % eli noin 50 000 henkilöä. Skitsofrenia alkaa usein nuorella iällä, ja miehet sairastuvat siihen yleensä naisia aikaisemmin. Varhainen sairastuminen miehillä johtaa useimmiten muun muassa syrjäytymiseen sosiaalisista suhteista sekä varhaiseen eläköitymiseen. (Käypä hoito -suositus 2015a.) Eniten uusia psykoositapauksia ilmenee keskimäärin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Psykoosiin viittaavia oireita, kognitiivisen toiminnan puutteita sekä persoonallisuushäiriöitä esiintyy lähisukulaisilla enemmän muuhun väestöön verrattuna. Skitsofreniaa sairastavan ensimmäisen asteen sukulaisella on 5–10 -kertainen riski sairastua skitsofreniaan suhteessa muuhun väestöön. Perinnöllinen alttius skitsofrenialle on hyvin suuri, jopa 80 %. (Lönnqvist & Suvisaari 2009.)

Skitsofrenian syntyä voidaan kuvata niin sanotun stressi-haavoittuvuusmallin avulla. Tämä tarkoittaa sitä, että skitsofrenialle alttiille henkilölle skitsofrenia voi puhjeta jonkin stressitekijän, esimerkiksi parisuhteessa eron, tai toksisen tekijän, kuten kannabiksen käytön, seurauksena. Perinnöllisen alttiuden lisäksi skitsofrenia voi johtua varhaiskehityksen aikana tapahtuneesta keskushermoston häiriöstä. Näitä varhaiskehityksen aikana tapahtuneita häiriöitä voivat olla esimerkiksi synnytyskomplikaatiot tai äidin raskauden aikainen infektio. (Käypä hoito -suositus 2015a.)

Psykiatrian erikoislääkärin tehtävänä on tehdä skitsofreniadiagnoosi ICD-10-tautiluokituksen perusteella (Käypä hoito -suositus 2015a). ICD-10-tautiluokituksen mukaan skitsofrenia on jaettu alatyyppeihin: paranoidinen skitsofrenia, hebefreeninen skitsofrenia, katatoninen skitsofrenia, jäsentymätön skitsofrenia, jäännöstyyppinen skitsofrenia sekä muut skitsofrenian muodot (Suvisaari ym. 2014, 138–139). Ennakko-oireet, jotka jaetaan alkuvaiheen ja välittömän riskivaiheen oireisiin, ovat merkinä uuden psykoosijakson syntymisestä tai ensimmäisestä psykoosista. Ne voivat kestää muutamasta päivästä useisiin vuosiin, toisinaan ne voivat hävitä kokonaan pois. Alkuvaiheen oireita ovat oudot subjektiiviset kokemukset motoriikan, ajattelun ja havaintojen alueella. Välittömän riskivaiheen oireet ovat puolestaan ohimeneviä psykoositiloja tai lieviä positiivisia psykoosioireita. Ennakko-oireiden jälkeen, skitsofrenian akuuttivaiheessa esiintyy positiivisia oireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja. Sairauden jälkivaiheessa esiintyy negatiivisia oireita, kuten puheen köyhtymistä, sosiaalisista suhteista vetäytymistä, tahdottomuutta ja tunteiden latistumista. Näiden oireiden lisäksi esiintyy masennusta tai ahdistusta sekä kognitiivisia puutosoireita esimerkiksi muistissa ja tarkkaavaisuudessa. (Käypä hoito -suositus 2015a.)

2.2 Skitsofrenian hoito

Skitsofrenian syitä ei tunneta hyvin, joten sairautta ei voida ennaltaehkäistä, mutta varhainen tunnistaminen ja hoidon aloittaminen parantavat sairauden ennustetta (Käypä hoito -suositus 2015a). Skitsofrenia on elinikäinen sairaus, joten hoitokin on pitkäaikaista (Suvisaari ym. 2014, 165). Avohoito, jossa skitsofreniaa sairastava käy terveyden- ja sairaanhoidossa kotoaan käsin, on ensisijainen hoitomuoto (Käypä hoito -suositus 2015a; Suvisaari ym. 2014, 169, 171). Jos skitsofreniaa sairastava kuitenkin tarvitsee sairaalahoitoa, on hoidossa tärkeää luoda turvallinen ympäristö sekä jäsentynyt, ennakoitava ja selkeä toiminta (Suvisaari ym. 2014, 169, 171). Noin 13 % suomalaisista skitsofreniaa sairastavista saa vuoden aikana sairaalahoitoa, ja noin 6 % on

sairaalahoidossa kokoaikaisesti. Hoidon tavoitteena on poistaa tai lievittää oireita, estää psykoosijaksojen uusiutuminen sekä psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. (Käypä hoito -suositus 2015a.)

Hoito voidaan jakaa akuuttivaiheen, tasaantumisvaiheen sekä vakaan vaiheen hoitoon. Akuuttivaiheessa lievitetään mahdollisimman nopeasti psykoottiset oireet ja häiritsevä käyttäytyminen. Skitsofreniaa sairastavalle aloitetaan antipsykoottinen lääkehoito mahdollisimman pian. (Suvisaari ym. 2014, 169, 171.) Lääkehoito vähentää uusia psykoosijaksia, lievittää akuutin psykoosin oireita sekä vähentää kuolleisuutta (Käypä hoito -suositus 2015a). Ensimmäisen skitsofreenisen psykoosin jälkeen voidaan harkita antipsykoottisen lääkityksen lopettamista asteittain, jos psykoottiset oireet ovat olleet poissa viiden vuoden ajan. Lääkitystä tulee sen sijaan jatkaa, jos skitsofreniaa sairastavalla on ollut toistuvia psykoosijaksia. (Suvisaari ym. 2014, 171–172.)

Heti alkuvaiheen hoidossa on luotava mahdollisimman hyvä ja luotettava hoitosuhde sekä skitsofreniaa sairastavan että hänen perheensä kanssa. Tasaantumisvaiheessa skitsofreniaa sairastava on vielä herkkä psykoosin uusiutumiselle. Skitsofreniaa sairastavalle ja hänen perheelleen annetaan tietoa skitsofreniasta ja sen ennusteesta, hoidosta, kuntoutuksesta sekä niistä tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa sairauden kulkuun. Skitsofreniaa sairastavan lääkitystä seurataan. Jos vointi on tietyllä lääkityksellä kohentunut, lääkitystä on hyvä jatkaa vielä samana annoksena psykoosin jälkeenkin. Arjessa tärkeää on psykososiaalisten stressitekijöiden minimoiminen sekä skitsofreniaa sairastavan voimavarojen huomioiminen. Liian aikainen töiden tai opintojen jatkaminen voivat johtaa psykoosioireiden pahenemiseen.

Vakaassa vaiheessa skitsofreniaa sairastavan hoidossa on lääkityksen lisäksi kuntoutus, jonka avulla ylläpidetään toimintakykyä ja pidetään oireet mahdollisimman lievinä. (Suvisaari ym. 2014, 165–172.) Vakaassa vaiheessa on tärkeää edistää somaattista terveyttä ja ennaltaehkäistä muita sairauksia. Psykososiaaliset hoidot ja kuntoutus arvioidaan skitsofreniaa sairastavan

tarpeiden mukaisesti. Kurssimuotoinen toiminta ja sopeutumisvalmennus sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu voivat olla osana vakaan vaiheen hoitoa. (Käypä hoito -suositus 2015a.)

3 Skitsofreniaa sairastavan yleisimmät somaattiset sairaudet

3.1 Tyypin 2 diabetes

Diabetes on aineenvaihdunnallinen häiriö, jossa insuliinin erityös tai toiminta on häiriintynyt. Krooniseen diabetekseen liittyy pitkäaikaisia vaurioita tai toimintahäiriöitä muun muassa silmissä, munuaisissa, sydämessä tai verisuonissa. (American Diabetes Association 2010, S62.) Diabetes lisääntyy nopeasti sekä Suomessa että muualla maailmassa. Suomalaisista yli 500 000 sairastaa diabetesta ja hoitokustannusten osuus on noin 15 % kaikista terveydenhuollon kustannuksista. (Käypä hoito -suositus 2013.) Maailman terveysjärjestö WHO sekä Amerikan diabetesliitto ADA määrittää diabeteksen neljään alatyyppiin: tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes, raskausdiabetes ja muista syistä johtuva diabetes. Tyypin 2 diabeteksessa haiman insuliinituotanto on häiriintynyt ja insuliinin vaikutus heikentynyt maksassa sekä rasva- ja lihaskudoksessa. (Sane & Saraheimo 2015; World Health Organization 1999, 2–30.) Tyypin 2 diabetes puhkeaa aikuisiällä ja sen taustalla on usein ylipainoisuutta, rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, kohonnutta verenpainetta tai monien tekijöiden, kuten ylipainon ja kohonneen verenpaineen summaa eli metabolista oireyhtymää (Käypä hoito -suositus 2013).

Tyypin 2 diabeteksen oireita ovat muun muassa väsymys, jalkasäryt, levottomat jalat ja ärtyneisyys. Oireet tulevat salakavalasti ja ovat vähäisempiä tyypin 1 diabetekseen verrattuna. Diagnoosi tehdään plasman glukoosipitoisuuden sekä oireiden perusteella. (Ilanne-Parikka 2006, 6–9.) Tyypin 2 diabetes diagnosoidaan usein liian myöhään, koska tauti voi olla oireeton tai

vähäoireinen, jolloin diagnosointivaihe yleensä viivästyy (American Diabetes Association 2010, S63–S64). Tyypin 2 diabeteksen hoitoon kuuluvat glukoositasapainon hoitaminen lääkityksen avulla, LDL-kolesteroliarvojen pitäminen alle 2,5 mmol/l tasolla, verenpaineen pitäminen alle 140/80 mmHg, sekä terveelliset elintavat (Käypä hoito -suositus 2013).

Terveys 2000 -tutkimuksen syventävässä Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa todettiin skitsofreniaa sairastavista 22 % sairastavan diabetesta (Viertio ym. 2012, 864–865). Myös vuonna 2008 julkaistussa Suomessa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että 22 % skitsofreniaa sairastavista sairastaa diabetesta. Skitsofreniaa sairastavilla tyypin 2 diabeteksen yleisyys on viisinkertainen muuhun väestöön verrattuna. Tutkimuksessa selvisi myös, että psykoosilääkityksen käyttö lisää diabetesriskiä. (Suvisaari ym. 2008, 129–136.)

Skitsofrenia ja psykoosilääkitys ovat yhdessä yksi merkittävä riskitekijä diabetekselle. On havaittu, että psykoosilääkkeistä olantsapiini ja klotsapiini muodostavat suuremman riskin diabetekselle kuin muut psykoosilääkkeet. (Heiskanen ym. 2010, 389–396.) Skitsofrenia vaikuttaa olevan yksi diabeteksen vaaratekijöistä, sillä skitsofreniaa sairastavalla liikunta on usein vähäisempää, ruokailutottumukset epäterveellisempiä ja tupakointi runsaampaa kuin muulla väestöllä. Diabeteksen ja skitsofrenian yhteys ei ole kuitenkaan yksiselitteinen, vaan taustalla voivat vaikuttaa esimerkiksi geeniperimä ja ympäristötekijät. Vahvan diabetesriskin vuoksi skitsofreniaa sairastavalle suositellaan säännöllistä diabeteksen riskiseulontaa sekä diabetesriskien hallintaa. (Busche & Holt 2004, 67–71.)

3.2 Metabolinen oireyhtymä

Metaboliseksi oireyhtymäksi kutsutaan sydän- ja verisuonitautien riskin aiheuttajia, jotka esiintyvät kantajalla yhtäaikaaisesti. Metabolisen oireyhtymän patogeneesi, eli synty, on heterogeeninen ja osittain tuntematon. Ruokailutottumusten, vähäisen liikunnan ja liikapainon lisäksi perimä vaikuttaa metabolisen oireyhtymän kehittymiseen. (Eriksson 2011, 1799S–1802S;

Harville, Srinivasan, Chen & Berenson 2012, 413–421.) Myös pieni syntymäpaino altistaa metaboliselle oireyhtymälle (Fagerberg, Bondjers & Nilsson 2004, 254–259). Lisäksi aiheuttajia voivat olla keskivartalon lihavuus, kohonnut verenpaine, insuliiniresistenssi ja veren kohonnut LDL-kolesterolipitoisuus, tai madaltunut HDL-kolesterolipitoisuus. Muita selittäviä tekijöitä voivat olla erilaiset tulehdukset, sydän- ja verenkiertoelinten sisäpintojen epiteelin tai autonomisen hermoston toiminnan häiriöt. (Wassink, Olijhoek & Visseren 2007, 8–17.) Myös veren kohonneella virtsahappopitoisuudella, ja esimerkiksi kausiluonteisilla vaihteluilla mielialassa tai käyttäytymisessä on havaittu olevan merkitystä sairauden muodostumiseen (Kawamoto, Tomita, Oka & Ohtsuka 2006, 605–614; Rintamäki, Grimaldi, Englund, Haukka, Partonen, Reunanen, Aromaa & Lönnqvist 2008). Metabolista oireyhtymää voidaan pitää sydän- ja verisuonisairautta ennakoivana terveydentilana, ei niinkään itsessään diagnosoitavana sairautena (Simmons, Alberti, Gale, Colagiuri, Tuomilehto, Qiao, Ramachandran, Tajima, Brajkovich Mirchov, Ben-Nachi, Reaven, Hama Sambo, Mendis & Roglic 2010, 600–605).

Metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä skitsofreniaa sairastavilla on tutkittu vähäisesti, mutta tutkimusta on kuitenkin olemassa. Itä-Suomen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin muun muassa pitkäaikaista skitsofrenian ja metabolisen oireyhtymän välistä yhteyttä. Tästä tutkimuksesta selvisi, että skitsofreniaa sairastavilla metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli 37 %. (Heiskanen 2015, 45.) Metabolinen oireyhtymä on yleisempi niillä skitsofreniaa sairastavilla, jotka ovat pitkäaikaishoidossa. Tämä johtuen siitä, että esimerkiksi pitkään psykoosilääkitystä käyttävillä skitsofreniaa sairastavilla on suurempi riski metaboliseen oireyhtymään kuin lääkitsemättömillä tai ensipsykoosipotilailla. (Mitchell, Vancampfort, De Herdt, Yu & De Hert 2013, 300.) Myös Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa skitsofreniaa sairastavista 36,2 %:lla esiintyi metabolista oireyhtymää (Viertio ym. 2012, 864–865).

Kanadassa on tehty tutkimus, jossa skitsofreniaa sairastavista tai skitsoaffektiivisesta häiriöstä kärsivistä (n=240), 44,7 % kärsi myös

metabolisesta oireyhtymästä (Cohn, Prud'homme, Streiner, Kameh & Remington 2004, 753–760). Amerikassa vastaavien lukemien on havaittu olevan noin 40,9–42,9 % (McEvoy, Meyer, Goff, Nasrallah, Davis, Sullivan, Meltzer, Hsiao, Stroup & Lieberman 2005, 19–32). Belgiassa vastaava lukema oli 430 skitsofreniaa sairastavan otannassa 28,4–36 % otannan ajankohdasta riippuen. Thaimaassa tehdyssä seurantalutkimuksessa noin 20 %:lle pitkäaikaista antipsykoottista hoitoa saavalle skitsofreniaa sairastavalle muodostui vuoden 2004 aikana metabolinen oireyhtymä, ja jopa 82,5 % tutkimukseen vastanneista kärsi metabolisista poikkeavuuksista. Otanta tutkimuksessa oli 57 henkilön suuruinen. (Srisurapanont, Likhitsathian, Boonyanaruthee, Charmsilp & Jarusuraisin 2007, 1–6.)

Metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden on havaittu olevan skitsofreniaa sairastavilla noin 2–4 -kertainen muuhun väestöön verrattuna, ja skitsofreniaa sairastavan menehtymisriski metabolisen oireyhtymän seurauksena on noin kaksi kertaa suurempi kuin muulla väestöllä (McEvoy ym. 2005, 19–32; De Hert, van Winkel, Van Eyck, Hanssens, Wampers, Scheen & Peuskens 2006, 87–93). On todettu, että skitsofrenian kesto voi vaikuttaa metabolisen oireyhtymän suurempaan esiintyvyyteen. Taustalla voi olla psykoosilääkitys, joka voi vaikuttaa metabolisen oireyhtymän komponenttien esiintyvyyteen. (Koro, Fedder, L'Italien, Weiss, Magder, Kreyenbuhl, Revicki & Buchanan 2002, 1021–1026; Saari, Koponen, Laitinen, Jokelainen, Lauren, Isohanni & Lindeman 2004, 547–550; Foley & Morley 2011, 609–616.) Metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin vaikuttavien tekijöiden säännöllinen mittaaminen ja arviointi on tärkeää (American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists and North American Association for the Study of Obesity 2004, 596–601; Marder, Essock, Miller, Buchanan, Casey, Davis, J., Kane, Lieberman, Schooler, Covell, Stroup, Weissman, Wirshing, Hall, Pogach, Pi-Sunyer, Bigger, Friedman, Kleinberg, Yevich, Davis, B. & Shon 2004, 1334–1349). Tarvitaan myös lisätutkimusta yksittäisten psykoosilääkkeiden vaikutuksista metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen, sekä psyykkisen hyvinvoinnin ja metabolisen oireyhtymän yhteyksistä toisiinsa (Heiskanen 2015, 53–54).

3.3 Sydän- ja verisuonisairaudet

Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt. Sepelvaltimotaudissa sepelvaltimoverenkierto on heikentynyt. Yleisin taustalla vaikuttava syy on ateroskleroosi, eli valtimoseinämien kalkkeutuminen. Valtimoseinämien kalkkeutumiseen vaikuttavat elintavat, kuten tupakointi, runsasrasvainen ruokavalio, rasvan laatu ja verenpaine. Sepelvaltimotauti voi aiheuttaa sydänlihaksen kuolion, rasisrintakipua, sydäninfarktin tai pahimmillaan äkkikuoleman. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Sydämen vajaatoiminnassa sydämen pumppaustoiminto on heikentynyt. Taustalla vaikuttavia syitä ovat sepelvaltimotauti ja verenpainetauti. Muita syitä voivat olla synnynnäiset sydänviat, hankitut läppäviat sekä sydänlihassairaudet. Aivoverenkiertohäiriöissä aivovaltimoverenkierto on pysyvästi tai tilapäisesti heikentynyt. Myös aivoverenvuoto voi aiheuttaa aivoverenkiertohäiriön. Aivoverenkiertohäiriö voi taas johtaa aivotoimintahäiriöihin, kuten tajunnan heikkenemiseen ja halvausoireisiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisiä skitsofreniaa sairastavilla, ja heillä on suurempi riski kuolla verenkiertoelimistön sairauksiin kuin mielenterveydenhäiriöiden vuoksi (Hennekens ym. 2005, 1115-1121). Skitsofreniaa sairastavan elinajanodote voi olla viidenneksen lyhyempi kuin väestöllä keskimäärin. Elinajanodotetta lyhentää itsemurhakuolleisuuden lisäksi ylikuolleisuus hengityselinsairauksiin ja sydän- ja verisuonisairauksiin. (Joukamaa ym. 2001, 499–501.)

Painonnousun sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät tulee huomioida heti sairastumisen diagnosoinnista alkaen (Heiskanen 2015, 16). Lisäksi tulee huomioida mahdollisesti riskitekijöiden taustalla vaikuttavat tekijät, kuten runsas tupakointi, epäterveellinen ravitsemus ja yksilön sosiaaliset tai taloudelliset tekijät (Joukamaa ym. 2001, 501). Myös psykoosilääkitys voi aiheuttaa sydänongelmia ja verimuutoksia, mitkä voivat aiheuttaa kohonnutta

sydänperäisen kuoleman riskiä, sykevaihtelua ja QT-ajan muutoksia (Salokangas 2009, 505–512; Valtonen, Valkonen-Korhonen & Viinamäki 2012, 1491).

4 Skitsofreniaa sairastavan somaattinen terveysseuranta ja -neuvonta

4.1 Skitsofreniaa sairastavan somaattinen terveys

Skitsofrenia on monimuotoinen psyykkinen sairaus, joka voi vaikuttaa psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn niitä heikentävästi. Skitsofreniaan voi liittyä kognitiivisia puutoksia muistitoimintojen, huomiokyvyn ja päättelykyvyn alueella. (Käypä hoito -suositus 2015a.) Tällöin skitsofreniaa sairastavalla voi olla vaikeutta esimerkiksi ihmissuhteissa, työssä, opinnoissa tai jopa itsestä huolehtimisessa (Suvisaari ym. 2014, 139–140). Skitsofreniaan liittyy useita sosiaalisia ja terveydellisiä vaaratekijöitä, kuten sosiaalinen syrjäytyminen, masennus, ylikuolleisuus, päihdeongelmat, somaattiset sairaudet sekä itsemurha (Suvisaari ym. 2014, 148–153). Riski psykoosin uusiutumiselle kohoaa, jos skitsofreniaa sairastavalla ilmenee somaattisessa terveydentilassa muutoksia, esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn laskun tai päihderiippuvuuden muodossa (Ascher-Svanum, Zhu, Faries, Salkever, Slade, Peng & Conley 2010; Käypä hoito -suositus 2015a). Myös univaikeudet tai unettomuus voivat olla varomerkkejä uusiutuvasta psykoosista (Lönnqvist & Suvisaari 2009).

On tutkittu, että keskimääräistä väestöä yleisemmin skitsofreniaa sairastavilla esiintyy muun muassa ylipainoa, diabetesta, infektioita, hammasongelmia sekä kardiovaskulaarisia sairauksia. Kardiovaskulaarisilla sairauksilla tarkoitetaan tässä sydän- ja verisuonisairauksia. (Leucht ym. 2007, 318–323.) Terveys 2000 -tutkimuksen syventävässä Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa ilmeni, että skitsofreniaa sairastavien somaattinen sairastavuus on muuhun yleisväestöön

verrattuna huomattavasti suurempi. Esimerkiksi ylipainoisuutta ja vyötärölihavuutta esiintyy tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavilla normaalia väestöä enemmän. (Viertio ym. 2012, 864–866.) Taustalla voi olla esimerkiksi se, että skitsofreniaa sairastavat harrastavat liikuntaa vähemmän ja heidän ruokavalionsa on yksipuolisempi. Jotkin antipsykoottiset lääkkeet voivat aiheuttaa lihasjäykkyyttä ja pakkoliikkeitä, mitkä voivat aiheuttaa haluttomuutta harrastaa liikuntaa. (Huttunen 2015a.)

On havaittu, että skitsofreniaa sairastavat tupakoivat ja käyttävät alkoholia useammin kuin muu väestö. Suomalaisessa 760 skitsofreniaa sairastavaa käsittäneessä aineistossa kaksi kolmasosaa skitsofreniaa sairastavista tupakoi säännöllisesti. (Salokangas, Stengård & Honkonen 2000, 116.) Kansainvälisten tutkimusten perusteella joka neljäs skitsofreniaa sairastava kärsii alkoholiongelmasta elämänsä aikana (Käypä hoito -suositus 2015a). Skitsofreniaa sairastavan tupakoinnin ja alkoholinkäytön on havaittu olevan riski raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden muodostumiselle (Leucht ym. 2007, 321). Lisäksi alkoholin ja päihteiden riskikäyttö voi vaikuttaa negatiivisesti psykoosin toipumisennusteeseen ja toisaalta lisätä psykoosin uusiutumiseriskiä (Käypä hoito -suositus 2015a).

Psykoosilääkkeet klotsapiini ja olantsapiini voivat heikentää kudosten insuliiniherkkyyttä, sekä johtaa rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin. Nämä tekijät voivat lisätä skitsofreniaa sairastavan riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin. (Huttunen 2015b.) Psykoosilääkkeistä olantsapiini aiheuttaa eniten ylipainoa. On tutkittu, että ensimmäisenä hoitovuotena psykoosiin sairastuttua paino on voinut nousta jopa 12 kiloa. Vuoden kuluttua hoidon aloituksesta jopa 60 % skitsofreniaa sairastavista oli sekä vyötärölihavia että ylipainoisia. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että hoidon alussa todetulla insuliiniresistenssillä on vaikutusta hoidon aikaiseen painonnousuun. (Keinänen, Mantere, Kieseppä, Mäntylä, Torniainen, Lindgren, Sundvall & Suvisaari 2015, 458–463.) Skitsofreniaa sairastavalla ilmenevät hammasongelmat voivat liittyä psykoosilääkkeiden antikolinergisiin haittavaikutuksiin (Barnett, Mackin, Chaudry, Farooqi, Gadsby, Heald, Hill,

Millar, Peveler, Rees, Singh, Taylor, Vora & Jones 2007; Newcomer 2007, Salokankaan 2009, 509 mukaan). Psykoosilääkkeistä klotsapiini saattaa taas aiheuttaa harmaakaihia, ja kaikkien psykoosilääkkeiden sivuvaikutukset voivat vaikuttaa näkökykyyn negatiivisesti (Marder ym. 2004, 1343–1345).

Skitsofrenian aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen ja kognitiiviset puutteet ovat osasyyllisenä mahdolliseen sosiaaliseen syrjäytymiseen. Masennusta ja surua esiintyy erityisesti pitkäaikaisista sairauksista, kuten skitsofrenia, kärsivillä. Myös psykoosilääkitys voi aiheuttaa masennusta. Skitsofrenian kuolleisuusriski on yli 2,5 -kertainen muuhun väestöön verrattuna. Itsemurhariski skitsofreniaa sairastavista on noin 5–10 %:lla. (Suvisaari ym. 2014, 148–153.) Skitsofreniaa sairastavan hoidonsaannin viivästymiseen saattaa vaikuttaa alentunut kivun kokemus. Skitsofreniaan liittyvä negatiivinen oireilu alentaa aloitekykyä, mikä voi puolestaan vaikuttaa elintapoihin ja hoidon piiriin hakeutumiseen. On tutkittu, että psykiatrisille potilaille tehdään vähemmän klinisiä kokeita, ja he saavat harvemmin hoitoa somaattisiin sairauksiinsa. Oireita saatetaan myös virheellisesti tulkita psyykkisperäisiksi, mikä osaltansa viivästyttää hoitoon hakeutumista. (Salokangas 2009, 505–512.) Skitsofreniaa sairastavan hoidossa ei suhtauduta riittävän vakavasti somaattisiin terveysongelmiin ja uusien psykoosilääkkeiden sivuvaikutukset, kuten painonnousu, lisäävät riskiä somaattisille sairauksille (Hintikka & Niskanen 2005, 705).

4.2 Skitsofreniaa sairastavan somaattisen terveysseurannan ja -neuvonnan suositukset

Skitsofrenian pitkäaikaishoidossa on tärkeää huomioida psyykkisen voinnin lisäksi myös somaattinen terveys, johon kuuluvat terveyden arviointi ja edistäminen sekä sairauksien ennaltaehkäiseminen (Käypä hoito -suositus 2015a). Toisinaan skitsofreniaa sairastavan voi olla hankala havaita esimerkiksi kohonnutta verenpainetta tai verensokeria, sillä negatiivinen terveydentilan muutos voi tapahtua pitkällä aikavälillä. On myös huomioitava uusiutuvaa psykoosia ennakoivat oireet, joita voivat olla esimerkiksi ahdistuneisuus,

kiihtyneisyys, unettomuus ja univaikeudet. On siis perusteltua, miksi unensaannin tiedustelun on myös hyvä kuulua osaksi skitsofreniaa sairastavan terveysseurantaa. (Lönnqvist & Suvisaari 2009.)

Skitsofreniaa sairastavilta tulee mitata säännöllisesti paino ja pituus sekä laskea BMI, eli painoindeksi. Lisäksi on tärkeää mitata myös vyötärönympärys. (Käypä hoito -suositus 2015a; Marder ym. 2004, 1335–1336.) Uuden psykoosilääkityksen aloitettua, tulee paino mitata jokaisella vastaanottokäynnillä, kunnes lääkitys on vakiintunut. Tämän jälkeen paino mitataan kolmen kuukauden välein ja useammin, jos skitsofreniaa sairastava on ylipainoinen. Jos skitsofreniaa sairastavalla on ylipainoa, tarvitsee hän lisäksi ohjausta ja neuvontaa terveellisempiin elintapoihin. (Marder ym. 2004, 1336.) Myös elintapojen kuten tupakoinnin ja ruokavaliotottumusten selvittäminen on tärkeää (Käypä hoito -suositus 2015b).

Lisäksi tulee huolehtia säännöllisistä plasman kolesteroli-, glukoosi- ja triglyseridipitoisuuksien mittauksista (Käypä hoito -suositus 2015a). Plasman glukoosipitoisuutta, kokonaiskolesteroliarvoja sekä triglyseridiarvoja tulee seurata ennen psykoosilääkityksen aloitusta (Marder ym. 2004, 1337–1340). Nämä arvot mitataan uudelleen kolme kuukautta psykoosilääkityksen aloituksen jälkeen (Käypä hoito -suositus 2015a). Tämän jälkeen riittää glukoosiseuranta vuosittain (Käypä hoito -suositus 2015a; Marder ym. 2004, 1337–1340). Myös kokonaiskolesteroliarvoja sekä triglyseridiarvoja tulee seurata vuosittain (Käypä hoito -suositus 2015a). Glukoosin seuranta on erityisen tärkeää ylipainoisilla henkilöillä, joilla on muita diabeteksen riskitekijöitä (Marder ym. 2004, 1337–1340.)

Säännöllinen ekg:n eli elektrokardiografian mittaus on tärkeää skitsofreniaa sairastavilla (Käypä hoito -suositus 2015a). Ekg:ssä tulee käydä jo ennen lääkityksen aloittamista erityisesti, jos lääkityksen sivuvaikutuksina ovat esimerkiksi QT-ajan pidentyminen (Marder ym. 2004, 1340–1341). Suvussa esiintyvien sairauksien, kuten diabeteksen, kartoittaminen on aloitettava heti ensipsykoosista. (Käypä hoito -suositus 2015a.) Alle 40-vuotialta skitsofreniaa

sairastavilta henkilöiltä näkö tulee tarkastuttaa kahden vuoden välein ja vuoden välein yli 40-vuotiailta (Marder ym. 2004, 1345).

Ennen tupakoinnin vähentämiseen liittyvää neuvontaa tulee selvittää henkilön oma lopettamishalukkuus. Mikäli henkilö suhtautuu lopettamiseen myönteisesti, hänelle voidaan ehdottaa lääkehoitoa lopettamisen tueksi. Jos henkilö ei ole halukas lopettamaan, voidaan hänen halukkuuttaan pyrkiä lisäämään motivoivalla haastattelulla, jossa kartoitetaan yhdessä hänen toiveita terveyden edistämiseksi. (Käypä hoito -suositus 2015b.) Esimerkiksi nikotiinikorvaushoito ja käyttäytymisterapeuttisen hoidon yhdistelmä saattavat auttaa skitsofreniaa sairastavaa vieroittumaan tupakasta (Käypä hoito -suositus 2015a). Myös liikunnan tulee kuulua kaikkien pitkäaikaissairauksien hoitoon ja se tulee voida tarvittaessa yhdistää skitsofreniaa sairastavan elintapaneuvontaan. Keskeistä on arvioida yksilöllisesti liikunnan riittävyys skitsofreniaa sairastavalle ja mahdolliset liikerajoitteet, jotka liikunnan aloituksessa on huomioitava. Skitsofreniaa sairastavan kanssa voidaan sopia tavoitteista, joita liikunnalla on ja rohkaista häntä liikkumaan. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Käypä hoito -suosituksessa alkoholin käytön hälytysrajaksi, eli korkean riskin tasoksi, määritellään miehillä 23–24 annosta ja naisilla 12–16 annosta viikossa, kun yksi annos sisältää noin 12 grammaa puhdasta alkoholia. Myös toistuva humalahakuisuus luokitellaan riskikulutukseksi, johon tulee puuttua. Käyttöhäiriö voidaan diagnosoida laboratoriomittareilla ja keskustelemalla skitsofreniaa sairastavan kanssa. Keskustelussa voidaan hyödyntää lyhytneuvontaa (mini-interventio). On tutkittu, että alkoholiongelman onnistuneen hoidon taustalla on hyvä hoitosuhde ja psykososiaalinen hoito eri muodoissaan. Motivoivan haastattelun keinoja kannattaa hyödyntää samalla tapaa kuin tupakoinnin lopettamisen ohjauksessa. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry 2016; Käypä hoito -suositus 2015b; Käypä hoito -suositus 2015c.)

Sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisyssä on tärkeää huomioida verenpaine, kolesteroliarvot, diabeteksen ennaltaehkäisy, painonhallinta sekä päihteidenkäytön vähentäminen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

Kohonnutta verenpainetta voidaan ennaltaehkäistä mittaamalla verenpaine säännöllisesti (Käypä hoito -suositus 2015a; Tuominen & Salokangas 2016). Verenpaine tulee mitata noin 6–12 kuukauden välein, kun verenpainearvot ovat tavoitetasolla (Käypä hoito -suositus 2014). Myös huono suuhygieniä vaikuttaisi olevan yhteydessä tavallista suurempaan riskiin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Uitto, Nylund & Pussinen 2012, 1232). Lisäksi jotkin psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa syljenerityksen vähenemistä (toisaalta myös voimakkaampaa yönaikaista syljeneritystä), mikä on riski kariesin muodostumiselle (Huttunen 2015b). Tällöin tarpeellinen suun terveydenhuollon käyntikertojen tiheys voi olla jopa kolmesta kuuteen kuukautta (Lahtinen 2013). Henkilön tarpeen mukaan ajoitetut, suunterveyden hoitokäynnit ovat suositeltavia. Säännöllisesti hammastarkastuksessa käyneiden hampaallisten henkilöiden suunterveyden on todettu olevan huomattavasti parempi kuin vain itse koetun tarpeen mukaisesti käyneiden. (Suominen-Taipale, Nordblad, Vehkalahti & Aromaa 2004, 158, 161.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa skitsofreniaa sairastavien somaattisen terveysseurannan ja -neuvonnan toteutumista Joensuun kuntoutuspoliklinikalla.

Opinnäytetyön tehtävä on vastata seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Onko skitsofreniaa sairastavien somaattinen terveysseuranta toteutunut?
2. Onko skitsofreniaa sairastavien somaattinen terveysneuvonta toteutunut?

Lisäksi kartoitetaan, millaisia toiveita skitsofreniaa sairastavilla on somaattisille terveyspalveluille ja ryhmätoiminnoille.

6 Toteutus

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä pyrkii yleistettävyyteen, ennustettavuuteen ja kausaaliselityksiin (Glesne & Peshkin 1992, Hirsjärven & Hurmeen 2010, 22 mukaan). Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii selittämään tekijöiden esiintyvyyttä, ilmaantuvuutta, ominaisuuksia sekä mielipiteitä ja asenteita. Tutkimuksessa etsitään säännönmukaisuuksia ja muodostetaan teorioita. (Kumar 2005, 18.) Keskeisiä piirteitä määrällisessä tutkimuksessa ovat muun muassa johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja koehenkilöiden tai tutkittavien valinta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa painopistealue on otoksen suhde perusjoukkoon. Otos tarkoittaa edustavaa pienoiskuvaa perusjoukosta. Tähän opinnäytetyöhön on valittu kvantitatiivinen menetelmä, sillä opinnäytetyössä halutaan selvittää lukumääriä ja prosenttiosuuksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla on tarkoitus saada selville nykyinen tila, syitä puolestaan tällä tutkimusmenetelmällä ei välttämättä saada selville. (Heikkilä 2014, 15.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tyypillistä on käyttää tutkimuslomaketta, jossa on valmiiksi annetut vaihtoehdot. Lisäksi tyypillistä on kuvata tuloksia numeerisesti sekä havainnoida niitä taulukoiden tai kuvioiden avulla. (Heikkilä 2014, 15.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset ovat luonteeltaan analyyttisiä, jolloin niistä on tehtävissä johtopäätöksiä ja päätelmiä (Kumar 2005, 18).

Keskeinen ero kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa on, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa haastattelut kohdistuvat tavallisesti satunnaisotokseen, kun taas kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa haastatellaan valittuja yksilöitä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa halutaan selvittää määriä ja prosenttiosuuksia ja siksi haastateltavien lukumäärä on

tavallisesti suurempi kuin laadullisessa. (Metsämuuronen 2008, 13–15; Heikkilä 2014, 15–16.)

6.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä on skitsofreniaa sairastavat, joilla ei ole muita rinnakkaisia mielenterveydellisiä diagnooseja. Opinnäytetyö toteutetaan Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikalla. Joensuun mielenterveyskeskus vastaa yli 18-vuotiaiden joensuulaisten psykiatrisesta hoidosta (Joensuun kaupunki 2015b). Kuntoutuspoliklinikalla on mahdollista osallistua erilaisiin ryhmätoimintoihin, kuten liikunta- ja harrastusryhmiin (Levaniemi 2015). Lisäksi se tarjoaa kotikäyntejä ja vastaanottopalveluita. Kuntoutuspoliklinikalle pääsee joko ulkopuolisella tai Joensuun mielenterveyskeskuksen sisäisellä läheteellä. (Joensuun kaupunki 2015a; Joensuun kaupunki 2015b.) Joensuun mielenterveyskeskuksessa potilaita oli vuonna 2015 kirjallisen tiedonannon mukaan yhteensä 2 476. Joensuun mielenterveyskeskuksessa tehtiin vuoden 2015 aikana yhteensä 21 825 vastaanottokäyntiä, joista reilu neljännes toteutui kuntoutuspoliklinikalla. Tietoturvan varmentamiseksi ja populaation pienuuden vuoksi, skitsofreniaa sairastavien kokonaismäärää kuntoutuspoliklinikalla ei voida mainita. (Kärki 2016.)

6.3 Aineiston hankinta ja aineiston analyysi

Osallistuneiden soveltuvuus haastatteluun haluttiin varmistaa tulosten luotettavuuden parantamiseksi. Osallistuneet valittiin kvalitatiivisen piirteen mukaisesti valikoivalla otannalla (Metsämuuronen 2008, 13–15, 60; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 112; Heikkilä 2014, 33–39). Otanta kuvastaa tapaa, jolla havaintoyksiköt poimitaan tutkittavasta perusjoukosta (Heikkilä 2014, 31; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 104–105). Tämän opinnäytetyön otantaa rajattiin siten, että valituilla skitsofreniaa sairastavilla on ainoastaan skitsofreniadiagnoosi ilman muita mielenterveydellisiä diagnooseja.

Joensuun kuntoutuspoliklinikan hoitohenkilökunta tiedusteli opinnäytetyön kohderyhmää vastaavilta skitsofreniaa sairastavilta henkilöiltä alustavan suostumuksen haastatteluun osallistumisesta. Osallistuneet valikoituvat siis suostumusjärjestyksessä.

Opinnäytetyön tiedonhankintamenetelmä on strukturoitu haastattelu, eli haastattelu, joka tarjoaa haastateltavalle valmiit vastausvaihtoehdot (Glesne ym. 1992, Hirsjärven ym. 2010, 22 mukaan). Tutkimus sisältää 30 jäseneltä kysymystä sekä viimeisenä yhden avoimen kysymyksen (ks. liite 1), jossa tiedustellaan toiveita Joensuun mielenterveyskeskuksen toiminnalle. Haastattelulomakkeeseen on valittu avoin kysymys, jonka avulla selvitetään kohderyhmän tarpeet ja odotukset mahdollisimman tarkasti. Tällä tavoin voidaan saada tietää tarpeellista tietoa toiminnan kehittämiseksi ja löytää virikkeitä mahdollisille jatkotutkimuksille (Heikkilä 2014, 47–48).

Haastattelulomakkeen laadinnassa painotettiin tyypin 2 diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien sekä metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyä merkitystä skitsofreniaa sairastavan somaattisessa terveysseurannassa ja -neuvonnassa. Haastattelun aluksi kysyttiin osallistuneen ikää ja sukupuolta. Kohteliaisuus- tai aineistoperäisistä syistä nämä saatetaan toisinaan jättää haastattelulomaketutkimuksissa kysymättä (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2007). Sukupuolta ja ikää kysyttiin kuitenkin, sillä niillä voi olla merkittävä vaikutus somaattiseen terveyteen ja kokemukseen somaattisesta terveydentilasta (Kangas 2012, 3–5).

Haastattelun kysymyksillä haluttiin saada tietoa somaattisen terveysseurannan toteutumisesta myös seuraavilla osa-alueilla: liikunta, tupakoinnin ja alkoholinkäytön ennaltaehkäisy ja hoito, unitottumukset, suunhoito sekä silmien hyvinvointi. Haastattelulomakkeen laadinnassa käytettiin apuna Joensuun kaupungin työttömien terveyskyselylomaketta 2011, joka pohjautuu Suomessa vuonna 1978 aloitettuun ja yhä jatkuvaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimussarjaan ”Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys” (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Työttömien terveyskyselylomakkeessa

oli 31 kysymystä, joista opinnäytetyön haastattelulomakkeeseen sisällytettiin osittain tai suoraan haastattelukysymykset 1–4, 6–7, 10–13, 15–22, 24, 26, 28–29 ja 31. Opinnäytetyöntekijät laativat lisäksi uusina kysymyksinä kysymykset 5, 8–9, 14, 23, 25, 27 ja 30 toimeksiantajan kartoitustarpeita ja -toiveita noudattaen.

Haastattelutilanteessa tavanomaisilta tuntuvat kysymykset saattavat herättää yllätyksellisiä ajatuksia. Tämän vuoksi haastattelulomake on hyvä esiteltä ennen kenttätöväihettä. (Pahkinen 2012, 219.) Esiteltäminen tarkoittaa valmiin mittarin, tai tässä tapauksessa haastattelulomakkeen, testaamista valittua kohdejoukkoa vastaavalla, mutta mahdollisesti pienemmällä, kohdejoukolla (Heikkilä 2014, 58). Esiteltäminen toteutettiin opinnäytetyöntekijöille entuudestaan tuntemattomille, satunnaisesti valituille Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijoille. Esiteltämisessä saatiin palautetta haastattelulomakkeen ymmärrettävyydestä. Haastattelulomakkeen kieltä ja muotoa muokattiin esiteltämisensä perusteella. Lisäksi esiteltämisessä huomattiin, että väärinymmärryksiltä välttyttiin useammin, kun osallistuneella oli oma haastattelulomake, josta saattoi seurata haastattelun etenemistä. Huomion perusteella osallistuneita varten laadittiin haastattelulomake, johon fonttikoko muutettiin hieman suuremmaksi ja kysymyksiä asetettiin osallistuneen lomakkeeseen nähden vähemmän yhtä sivua kohden. Näin osallistuneen oli vaivattomampaa seurata haastattelun etenemistä.

Lomakehaastattelu toteutettiin suullisesti kyselylomakkeen mukaan, kysymys kysymykseltä. Haastattelut suoritettiin mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikalla normaalin vastaanottokäynnin yhteydessä. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot esitettiin osallistuneelle ääneen, ja hän vastasi suullisesti. Kysymykset voitiin toistaa tarvittaessa. Haastatteluja kerättiin useampana päivänä viikossa. Vastausaineisto analysoitiin tilastollisesti Microsoft Excel -tietokoneohjelmaa apuna käyttäen. Avointen kysymysten analysoinnissa edettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysi tarkoittaa analyysimenetelmää, jonka tarkoituksena on tiivistää aineistoa, jolloin tutkittavia ilmiöitä ja niiden välisiä suhteita kuvataan yleistävästi. (Burns & Grove

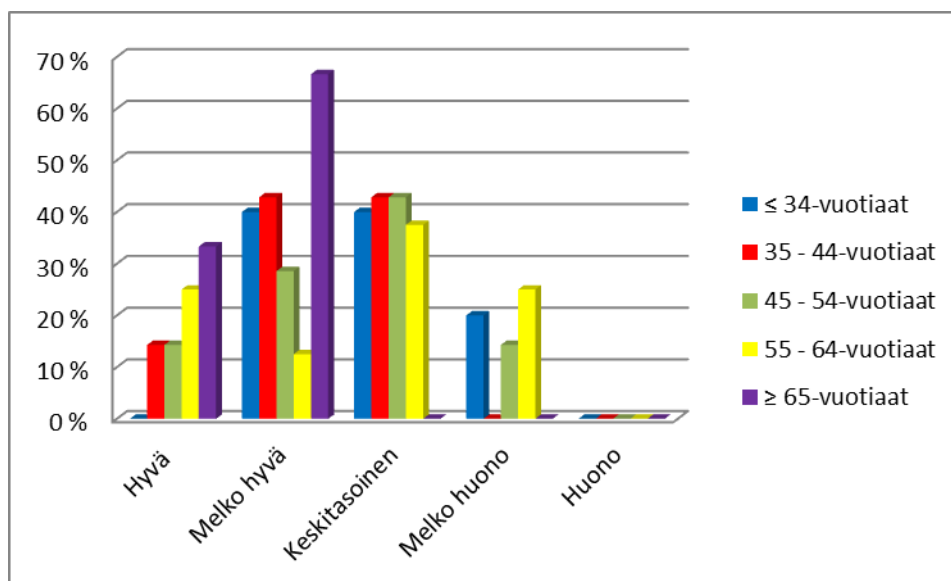
2001, Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen 2015, 166 mukaan; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Vastausaineistosta etsittiin pelkistettyjä ilmauksia ja ne listattiin. Listaamisen avulla pyrittiin löytämään vastauksista erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia sekä hahmottamaan vastausten määriä. Analysoinnin valmistuttua toukokuussa 2016 kaikki vastausaineisto hävitettiin.

7 Tulokset

7.1 Taustatiedot

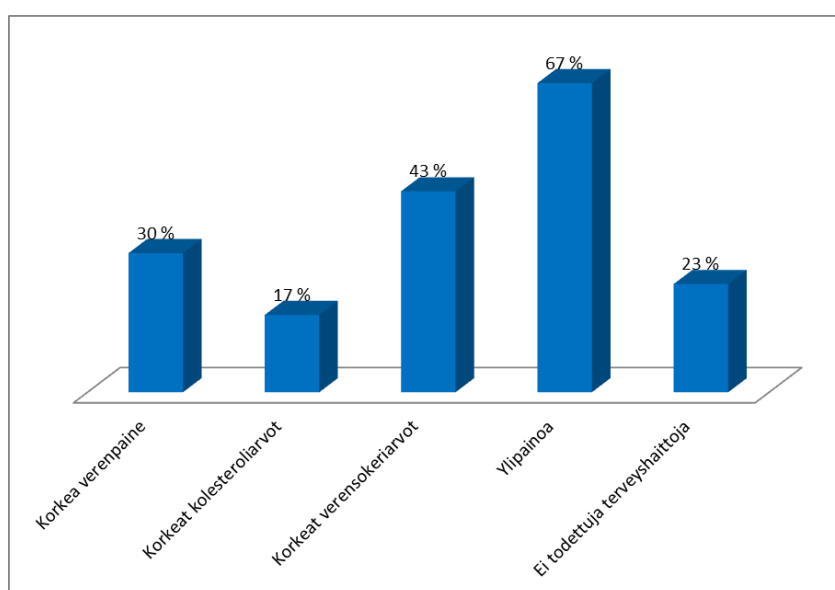
Tutkimukseen osallistui 30 skitsofreniaa sairastavaa Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikalta. Heistä 60 % (n=18) oli miehiä ja 40 % (n=12) naisia. Keskimääräinen ikä kaikilla haastatteluun osallistuneilla oli 47 vuotta. Osallistuneet olivat 20–70-vuotiaita. 17 % (n=5) oli alle 34-vuotiaita, 73% (n=22) oli 35–64-vuotiaita ja 10 % (n=3) oli yli 65-vuotiaita.

Osallistuneista 50 % (n=15) koki somaattisen terveydentilansa vähintään melko hyväksi. 37 % (n=11) koki somaattisen terveydentilansa keskitasoiseksi ja 13 % (n=4) koki sen melko huonoksi. Miehistä 39 % (n=7) koki somaattisen terveydentilansa vähintään melko hyväksi ja 50 % (n=15) koki sen keskitasoiseksi. Naisista 67 % (n=8) koki somaattisen terveydentilansa vähintään melko hyväksi ja 17 % (n=5) koki sen keskitasoiseksi. Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 34-vuotiaista 80 % (n=4) koki somaattisen terveydentilansa vähintään keskitasoiseksi. Kaikki 35–54-vuotiaat (n=14) kokivat somaattisen terveydentilansa vähintään keskitasoiseksi. 55–64-vuotiaista 75 % (n=6) koki somaattisen terveydentilansa vähintään keskitasoiseksi ja 25 % (n=2) melko huonoksi. Kaikki yli 65-vuotiaat (n=3) kokivat somaattisen terveydentilansa vähintään melko hyväksi. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Somaattisen terveydentilan kokeminen ikäryhmittäin (n=30).

Opinnäytetyön haastattelulomakkeessa kysyttiin seuraavia todettuja terveyshaittoja: korkea verenpaine, korkeat kolesteroliarvot, korkeat verensokeriarvot sekä ylipaino. 67 %:lla (n=20) osallistuneista oli todettu ylipainoa, 43 %:lla (n=13) oli todettu korkeat verensokeriarvot, 30 %:lla (n=9) oli todettu korkea verenpaine ja 17 %:lla (n=5) oli todettu korkeat kolesteroliarvot. 23 %:lla (n=7) ei ollut todettu mitään edellä mainituista terveyshaitoista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Osallistuneiden (n=30) todetut terveyshaitat.

Haastattelussa kysyttiin, ovatko osallistuneet käyneet lääkärin tai hoitajan vastaanotolla somaattisen terveyden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. 37 % (n=11) osallistuneista oli käynyt yhdestä kahteen kertaa ja 43 % (n=13) ei ollut käynyt kertaakaan lääkärin vastaanotolla. 27 % (n=8) oli käynyt yhdestä kahteen kertaa ja 53 % (n=16) ei ollut käynyt kertaakaan hoitajan vastaanotolla. 33% ei ollut käynyt somaattisen terveyden vuoksi lääkärin eikä hoitajan vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Lisäksi kysyttiin, milloin viimeksi osallistuneet olivat käyneet hammaslääkärin vastaanotolla tai näöntarkastuksessa. Hammaslääkärin vastaanotolla oli käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana 53 % (n=16), ja 13 %:lla (n=4) viimeisestä hammaslääkärikäynnistä oli kulunut aikaa yli kolme vuotta. 27 % (n=8) oli käynyt näöntarkastuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana, ja 23 %:lla (n=7) viimeisestä näöntarkastuksesta oli kulunut yhdestä kahteen vuotta. 30 %:lla (n=9) oli kulunut viimeisestä näöntarkastuksesta yli viisi vuotta.

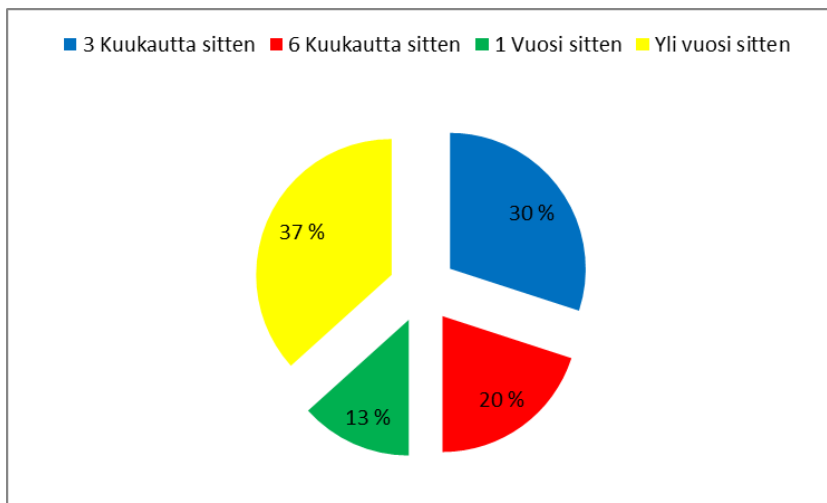
7.2 Sydän- ja verisuonisairauksien seuranta ja neuvonta

Osallistuneilta kysyttiin, milloin viimeksi lääkäri tai hoitaja on mitannut verenpaine-arvot sekä tiedusteltiin, onko korkeisiin verenpaine-arvoihin annettu elintapaneuvontaa. Samoin kysyttiin kolesteroliarvojen mittauksesta ja neuvonnasta korkeiden kolesteroliarvojen madaltamiseksi. Lisäksi kysyttiin viimeisestä ekg-rekisteröinnistä. Osallistuneista 60 %:lla (n=18) oli lääkäri tai hoitaja mitannut verenpaineen viimeksi kuluneen vuoden aikana, 20 %:lla (n=6) verenpaine oli mitattu vuosi sitten ja 10 %:lla (n=3) mittauksesta oli kulunut yli kolme vuotta. Verenpaine oli mitattu viimeksi kuluneen vuoden aikana 89 %:lta (n=8) heiltä, joilla on todettu korkea verenpaine (n=9). Heistä 67 % (n=6) oli saanut korkean verenpaineen hoitoon elintapaneuvontaa. Heiltä, joilla ei ollut todettu korkeaa verenpainetta (n=21), oli 48 %:lla (n=10) verenpaine mitattu viimeksi kuluneen vuoden aikana ja 34 %:lla (n=7) yhdestä kolmeen vuotta sitten.

Kolesteroliarvot oli mitattu 73 %:lla (n=22) viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kolesteroliarvoja oli mitattu kahden vuoden sisällä kaikilta, joilla oli jo aikaisemmin todettu korkeat kolesteroliarvot (n=5). Heistä 80 % (n=4) oli saanut ruokavalio-ohjeita korkeiden kolesterolipitoisuuksien hoitoon. Osallistuneista, joilla ei ollut todettu korkeita kolesteroliarvoja (n=25), oli 88 %:lla (n=22) mitattu kolesteroliarvot kahden vuoden sisällä. Ekg eli sydänfilmi oli otettu 47 %:lta (n=14) osallistuneista viimeksi kuluneen vuoden aikana. 20 %:lta (n=6) ekg oli otettu vuosi sitten, ja 17 % (n=5) vastasi, että ekg oli otettu viimeksi yli viisi vuotta sitten.

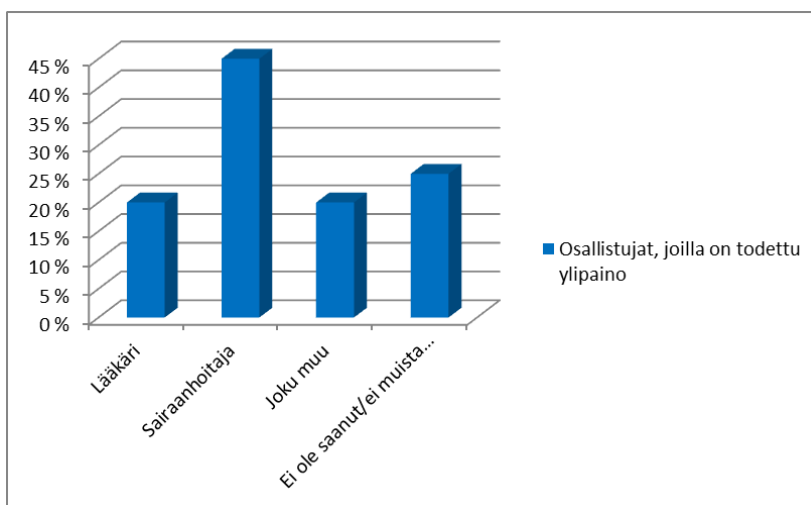
7.3 Verensokerin ja painon seuranta ja neuvonta

Osallistuneilta kysyttiin, milloin viimeksi verensokeriarvot ja paino on mitattu. Lisäksi kysyttiin, olivatko he saaneet elintapaneuvontaa verensokeriarvojen alentamiseksi ja keneltä he olivat saaneet neuvontaa painonhallintaan. 83 %:lla (n=25) oli mitattu verensokeriarvot viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kenelläkään osallistuneista verensokerin mittauksesta ei ole kulunut yli kolmea vuotta. Verensokeriseurantojen tiheydessä ei ollut juurikaan eroja. Osallistuneista, joilla oli todettu korkeat verensokeriarvot, 85 % (n=11) oli saanut elintapaneuvontaa korkeiden verensokeriarvojen alentamiseksi. Kaikista osallistuneista 30 % (n=9) vastasi lääkärin tai hoitajan mitanneen painon kolme kuukautta sitten vastausajankohdasta. 37 % (n=11) vastasi, että paino oli mitattu yli vuosi sitten. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Edellisestä painon mittauksesta kulunut aika (n=30).

Ylipainoisista osallistuneista 30 % (n=6) ilmoitti edellisestä painon mittauksesta kuluneen aikaa kolme kuukautta ja 40 % (n=8) ilmoitti siitä olevan yli vuosi. 30 %:lla osallistuneista, joilla ei ollut aikaisemmin todettu ylipainoa, oli paino mitattu viimeksi kolme kuukautta sitten ja 30 %:lla (n=3) yli vuosi sitten. Viimeksi kuluneen vuoden aikana 20 % (n=4) ylipainoisista oli saanut lääkäriltä neuvontaa painonhallintaan ja 45 % (n=9) sairaanhoitajalta. Ylipainoisista 25 % (n=5) ilmoitti, ettei ollut saanut neuvontaa painonhallintaan ollenkaan tai ei muistanut saaneensa neuvontaa. Ylipainoisista 20 % (n=4) oli saanut neuvontaa joko joltakin muulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä, kuten ravitsemusterapeutilta, tai omalta sukulaiseltaan. (Kuvio 4.)

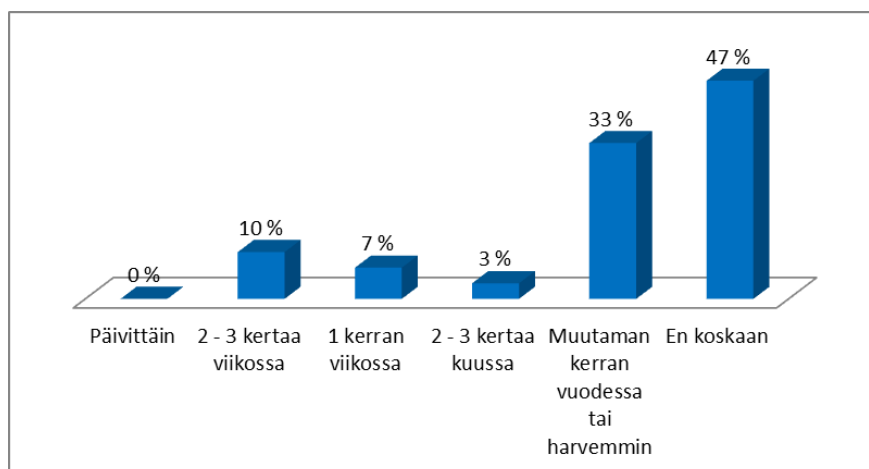


Kuvio 4. Eri ammattilaisilta saama neuvonta ylipainoisten painonhallintaan.

7.4 Päihteidenkäytön seuranta ja neuvonta

Haastattelussa kysyttiin tupakoinnista, tupakoinnin lopettamiseen liittyvästä neuvonnasta sekä halukkuudesta lopettaa tupakointi. Lisäksi kysyttiin alkoholinkäytöstä ja alkoholinkäytön vähentämiseen liittyvästä neuvonnasta. Osallistuneista 53 % (n=16) ei tupakoinut lainkaan. Päivittäistä tupakointia esiintyi 40 %:lla (n=12). Tupakoitsijoista 72 % (n=10) haluaisi lopettaa tupakoinnin ja 86 % (n=12) oli vähintään hieman huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Tupakoitsijoista kukaan ei ilmoittanut, että ei ole lainkaan huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Tupakoitsijoista (n=14) 50 % (n=7) oli saanut lääkäriltä neuvontaa tupakoinnin lopettamiseen viimeksi kuluneen vuoden aikana ja sairaanhoitajilta 36 % (n=5). Tupakoitsijoista 21 % (n=3) ei joko muistanut tai ei ollut saanut neuvontaa viimeksi kuluneen vuoden aikana ja 29 % (n=4) oli saanut neuvontaa joltakin muulta, kuten omalta sukulaiselta.

Kukaan osallistuneista ei ilmoittanut käyttävänsä alkoholia päivittäin. 20 % (n=6) ilmoitti käyttävänsä alkoholia vähintään kahdesta kolmeen kertaa kuukaudessa, 10 % (n=3) kahdesta kolmeen kertaa viikossa ja 33 % (n=10) muutaman kerran vuodessa. Osallistuneista 47 % (n=14) ilmoitti, ettei käytä ollenkaan alkoholia. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Osallistuneiden (n=30) alkoholinkäytön tiheys.

Naisista 67 % (n=8) ja miehistä 33 % (n=6) ei käytä alkoholia ollenkaan. Miehistä 28 % (n=5) käyttää alkoholia kerran tai kahdesta kolmeen kertaa viikossa, ja naisista kukaan ei ilmoittanut käyttävänsä alkoholia kerran viikossa tai useammin. Osallistuneilta, jotka käyttivät alkoholia kahdesta kolmeen kertaa kuukaudessa tai useammin, kysyttiin, ovatko he saaneet neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen. Heistä 67 % (n=4) vastasi, ettei joko muistanut saaneensa neuvontaa tai ei ollut saanut neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen. Heistä 33 % (n=2) oli saanut neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen lääkäriltä ja 17 % (n=1) sairaanhoitajalta.

7.5 Liikunnan ja unihäiriöiden seuranta ja neuvonta

Osallistuneilta kysyttiin, harrastavatko he liikuntaa päivittäin, kun hyötyliikunta lasketaan mukaan, sekä olivatko he saaneet neuvontaa liikuntaan. Lisäksi kysyttiin, kärsivätkö he unihäiriöistä ja olivatko saaneet unihäiriöihin neuvontaa. 77 % (n=23) harrastaa liikuntaa päivittäin (myös hyötyliikunta mukaan lukien). Naisilla ja miehillä ei juurikaan ollut eroja liikunnan harrastamisessa. Heistä, jotka eivät harrastaneet liikuntaa päivittäin, 78 % (n=5) oli saanut neuvontaa liikuntaan. Sairaanhoitajilta neuvontaa oli saanut 33 % (n=2) ja lääkäriltä 11 % (n=1). 33 % (n=2) oli saanut neuvontaa liikuntaan joltakin muulta osapuolelta, kuten ohjaajalta, muulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä tai omalta sukulaiselta.

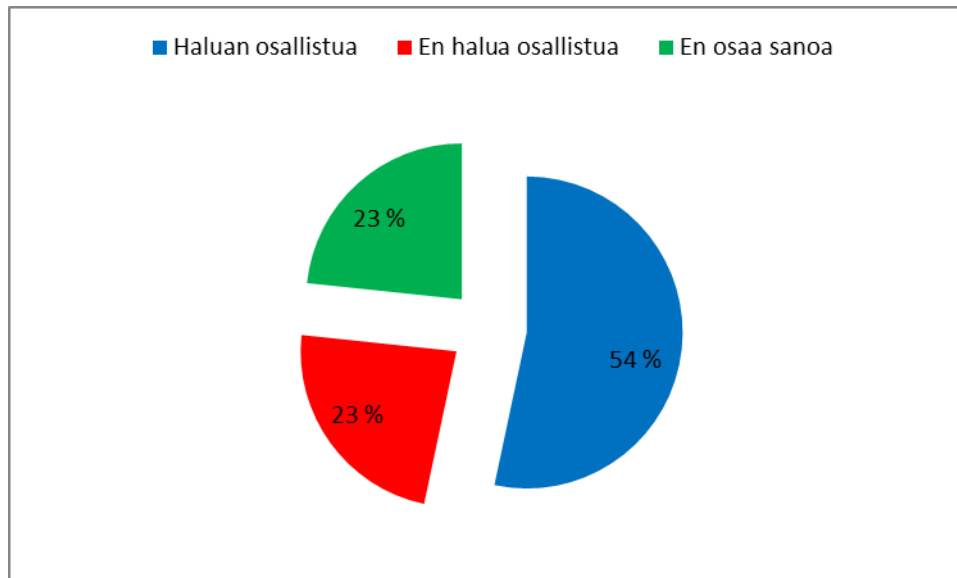
27 % (n=8) kärsii jonkinlaisesta unihäiriöistä. Unihäiriöistä kärsivistä 38 % oli saanut neuvontaa unihäiriön hoitoon lääkäriltä ja 42 % (n=3) sairaanhoitajalta viimeksi kuluneen vuoden aikana. Unihäiriöistä kärsivistä 25 % (n=2) ilmoitti, ettei joko ole saanut ollenkaan neuvontaa unihäiriön hoitoon tai ei muista saaneensa neuvontaa viimeksi kuluneen vuoden aikana.

7.6 Osallistumishalukkuus ryhmätoimintoihin ja toiveet somaattisille terveyspalveluille

Haastattelussa kysyttiin lopuksi osallistumishalukkuutta erilaisiin ryhmätoimintoihin ja mahdollisuus oli myös esittää oma toivomus ryhmätoimintamuodosta. Lisäksi kysyttiin halukkuutta osallistua henkilökohtaiseen somaattiseen terveystarkastukseen ja paikkaa, missä osallistuneet mieluiten kävisivät terveystarkastuksessa. Viimeinen kysymys oli avoin, ja siinä osallistuneen oli mahdollisuus esittää toiveita somaattisille palveluille.

87 % (n=26) oli halukkaita osallistumaan johonkin toiminnalliseen ryhmään. Heistä 32 % (n=10) kertoi olevansa halukkaita osallistumaan liikuntaryhmään ja 23 % (n=7) Terveellinen ruokavalio -ryhmään. Painonhallintaryhmään halukkaita oli 17 % (n=5), ja tupakasta vieroittaminen -ryhmään halukkaita oli 11 % (n=3). Esitettyjen ryhmien lisäksi ilmeni kiinnostusta osallistua taiteita ja henkistä terveyttä käsitteleviin ryhmiin. 13 % (n=4) jätti vastaamatta tai ei ollut halukas osallistumaan ryhmätoimintoihin.

53 % (n=16) halusi osallistua henkilökohtaiseen somaattiseen terveystarkastukseen, kun taas 23 % (n=7) ei ollut halukas siihen osallistumaan (kuvio 6). Osallistuneista 53 % (n=16) kävisi mieluiten somaattisessa terveystarkastuksessa omalla terveysasemalla ja 31 % (n=9) Joensuun mielenterveyskeskuksessa. Eräs osallistuneista ehdotti somaattisen terveystarkastuksen paikaksi kansanparantajan vastaanottoa.



Kuvio 6. Halukkuus osallistua somaattiseen terveystarkastukseen.

Haastattelulomakkeen viimeinen kysymys oli avoin, johon vastasi reilu puolet osallistuneista. Kolmasosa vastasi mielenterveyskeskuksen somaattisten terveyspalvelujen olevan tällaisenaan hyvät. Vastauksista nousivat esille seuraavat konkreettiset toiveet mielenterveyskeskuksen somaattisille terveyspalveluille. Vastaukset on luokiteltu aihepiireittäin, ja ne koskivat somaattista terveysseurantaa ja -neuvontaa, somaattista terveydenhoitoa sekä ryhmätoimintoja.

- Terveysseurannan toteutuminen
 - o Somaattiset ongelmat käsittelyyn varhaisessa vaiheessa
 - o Verenpaineen mittaus useammin
- Terveysneuvonnan toteutuminen
 - o Toive yhteistyön sujuvuudesta ja riidattomuudesta omahoitajan kanssa
- Toiveet somaattisille terveyspalveluille ja ryhmätoiminnoille
 - o Rintarangan ruksautus
 - o Hammashoidon parempi saatavuus
 - o Ryhmätoimintojen siirtäminen myöhempään ajankohtaan
 - o Liikuntaryhmien säilyttäminen: jalkapallo, lentopallo ja uinti
 - o Uusina ideoina taideryhmä tai henkistä terveyttä koskeva ryhmä

8 Pohdinta

8.1 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa skitsofreniaa sairastavan somaattisen terveysseurannan ja -neuvonnan toteutumista Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikalla skitsofreniaa sairastavien näkökulmasta. Lisäksi tässä opinnäytetyössä selvitettiin osallistuneiden toiveita somaattisille ryhmätoiminnoille ja terveyspalveluille. Osallistuneita haastateltiin suullisesti strukturoitua haastattelulomaketta apuna käyttäen.

Haastattelut tehtiin mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikan vastaanottokäyntien yhteydessä. Haastatteluvastauksista saadut opinnäytetyön tulokset jaettiin tutkimuksessa esiin tulleiden terveyshaittojen mukaisesti sydän- ja verisuonisairauksiin, verensokeriin ja painoon, päihteisiin sekä uneen ja liikuntaan. Näitä aiheita tarkasteltiin sekä terveysseurannan että -neuvonnan toteutumisen näkökulmasta. Lopuksi tarkasteltiin osallistuneiden toiveita somaattisille terveyspalveluille ja ryhmätoiminnoille.

8.1.1 Terveysseurannan toteutuminen

Monet aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että muuhun väestöön verrattuna skitsofreniaa sairastavilla on enemmän muun muassa ylipainoa, kardiovaskulaarisia sairauksia sekä diabetesta (Leucht ym. 2007, 317–333). Tähän opinnäytetyöhön osallistuneista lähes kaikilla (77 %) oli todettu joko korkea verenpainetta, korkeat kolesteroliarvot, korkeat verensokeriarvot tai ylipainoa. Neljänneksellä osallistuneista ei ollut aikaisemmin todettu mitään edellä mainituista terveyshaitoista. Ylipainoa oli jopa kahdella kolmasosalla (67 %). Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat siis aiempia tutkimustuloksia osoittaessaan, että tarve terveysseurannalle ja -neuvonnalle on suuri.

Osallistuneista kuitenkin puolet koki oman somaattisen terveydentilansa vähintään melko hyväksi, eikä kukaan heistä kokenut sitä huonoksi.

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksissa olevien laatuksiteerien mukaan skitsofreniaa sairastavalle on tehtävä somaattinen pitkäaikaissairauksien ja niiden riskitekijöiden selvittelyn sisältävä kliininen tutkimus vuosittain (Viertiö ym. 2012, 868–869; Käypä hoito -suositus 2015a). Puolet tähän opinnäytetyöhön osallistuneista ei ollut käynyt kertaakaan hoitajan vastaanottokäynnillä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vajaa puolet ei ollut käynyt lääkärin vastaanottokäynnillä somaattisen terveyden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kolmasosa osallistuneista (33 %) ei ollut käynyt somaattisen terveyden vuoksi ollenkaan lääkärin eikä hoitajan vastaanottokäynneillä koko vuoden aikana. Hoitajien ja lääkäreiden vastaanottokäynnit ovat jääneet osallistuneilla siis vähäisiksi ja somaattinen terveysseuranta on toteutunut puutteellisesti jopa kolmasosalla.

Suosituksien mukaan skitsofreniaa sairastavilta tulee tarkastuttaa näkö kahden vuoden välein, jos on alle 40-vuotias ja vuoden välein, jos on yli 40-vuotias (Marder ym. 2004, 1345). Puolet osallistuneista oli käynyt näöntarkastuksessa vähintään kaksi vuotta sitten. Tämä osoittaa, että jopa puolet osallistuneista oli käynyt näöntarkastuksessa suosituksia harvemmin, sillä näkö tulee tarkastuttaa kaikilta vähintään kahden vuoden välein.

Suun terveyden tarkastusväli määritetään yksilöllisesti, mutta tarkastusvälien suositellaan olevan säännöllisiä (Suominen-Taipale ym. 2004, 158, 161). Jotkin psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa syljenerityksen vähenemistä (toisaalta myös voimakkaampaa yönaikaista syljeneritystä), mikä on riski kariuksen muodostumiselle (Huttunen 2015b). Tällöin tarpeellinen suun terveydenhuollon käyntikertojen tiheys voi olla jopa kolmesta kuuteen kuukautta (Lahtinen 2013). Hammaslääkärin vastaanotolla osallistuneista noin puolet oli käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana ja kolmasosa yhdestä kahteen vuoteen. Suurimmalla osalla osallistuneista suun terveydenhuolto on toteutunut vähintään kahden vuoden välein.

Kohonnutta verenpainetta sairastavan verenpainearvojen mittaustiheyden suositus on noin yhdestä kahteen kertaa vuodessa, jos kohonnut verenpaine on hoitotasapainossa. Verenpainelääkityksen alkaessa tai muututtua suositellaan mittausta vähintään kahden kuukauden väliajoin, kunnes kohonneen verenpaineen hoito on tasapainossa. (Käypä hoito -suositus 2014.) On tutkittu, että 10 mmHg:n lasku verenpaineessa vähentää esimerkiksi aivohalvauksia ja albuminurian eli albumiinivirtsaisuuden ilmenemistä riippumatta siitä, onko verenpaineen lähtötaso yli vai alle 140 mmHg. Tutkimuksen pohjalta on päätelty, että suuremman riskiryhmän potilailla kannattaa pyrkiä laskemaan verenpaine nykyistä hoitosuositusta alemmalle tasolle. (Emdin, Rahimi, Neal, Callender, Perkovic & Patel 2015, 603–615.) Tässä opinnäytetyössä yli puolelta osallistuneista oli mitattu verenpaine viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kerran, ja viidenneksellä verenpaineen mittauksesta oli kulunut kaksi vuotta tai enemmän. Suurimmalta osalta heistä, joilla oli todettu korkea verenpaine, oli mittauksia tehty viimeksi kuluneen vuoden aikana. Heistä, joilla ei ollut aiemmin todettu korkeaa verenpainetta, oli lähes puolelta verenpaine mitattu viimeksi kuluneen vuoden aikana ja kolmanneksella siitä oli kulunut yhdestä kolmeen vuotta. Näin ollen voidaan todeta, että heillä, joilla ei ollut todettu korkeita verenpaine-arvoja, verenpaineen mittaustiheys ei ole ollut yhtä säännöllistä kuin heillä, joilla oli aiemmin todettu korkeat verenpaine-arvot.

Kolesteroliarvoja tulee mitata vuosittain (Käypä hoito -suositus 2015a). Kolesteroliarvoja oli mitattu tämän tutkimuksen mukaan erityisen hyvin. Suurimmalta osalta (73 %) ne oli mitattu viimeksi kuluneen vuoden aikana eli suositusten mukaisesti ja vajaalta viidennekseltä yhdestä kahteen vuotta sitten. Verensokeriarvoja tulee mitata vuosittain (Marder ym. 2004, 1337–1340; Käypä hoito -suositus 2015a). Lähes kaikilta (93 %) osallistuneilta verensokeriarvot oli mitattu suositusten mukaisesti viimeksi kuluneen vuoden aikana tai vuosi sitten. Käypä hoito -suositusten mukaisesti ekg eli elektrokardiografia tulee ottaa säännöllisesti skitsofreniaa sairastavilta (Käypä hoito -suositus 2015a). Ekg oli mitattu yli puolella osallistuneista viimeksi kuluneen vuoden aikana tai vuosi sitten. Joka viidennellä osallistuneista mittauksesta oli kulunut vähintään yli neljä vuotta.

Suosituksen mukaan paino tulee mitata kolmen kuukauden välein ja useammin, jos skitsofreniaa sairastava on ylipainoinen (Marder ym. 2004, 1336). Vain kolmannekselta osallistuneista oli mitattu paino kolmen kuukauden sisällä ja puolella osallistuneista viimeisimmästä painon mittauksesta oli kulunut vähintään yksi vuosi. Vain kolmannekselta ylipainoisista osallistuneista oli mitattu paino kolme kuukautta sitten ja lähes puolella viimeisestä painon mittauksesta oli kulunut vähintään yksi vuosi. Voidaan siis todeta, että vain joka kolmanneksella osallistuneista paino oli mitattu suosituksen mukaisesti.

Tässä opinnäytetyössä selvisi, että lähes puolet osallistuneista tupakoi päivittäin tai satunnaisesti. Salokankaan, Stengårdin ja Honkasen (2000) tutkimuksessa ilmeni tupakoitsijoita olevan jopa kaksi kolmasosaa vastanneista (Salokangas ym. 2000, 116). Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että suurin osa tupakoitsijoista oli halukkaita lopettamaan tupakoinnin ja lähes kaikki olivat joko hyvin huolissaan tai hieman huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Voidaan todeta, että halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen on suurimmalla osalla ja tupakoitsijat ovat myös jossain määrin huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Salokankaan, Stengårdin ja Honkasen (2000) tutkimuksessa noin 70 % skitsofreniaa sairastavista ei käyttänyt merkittävästi alkoholia (Salokangas ym. 2000, 115). Tähän opinnäytetyöhön osallistuneista noin puolet ei käyttänyt alkoholia lainkaan, ja joka kolmas käytti alkoholia muutaman kerran vuodessa.

Terveysseuranta on toteutunut Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavilla melko hyvin. Vaikka suurimmalla osalla osallistuneista oli todettu vähintäänkin yksi terveyshaitta, lähes kaikki osallistuneista kokivat somaattisen terveydentilansa vähintään keskitasoiseksi. Suun terveydenhuolto, kolesteroliarvojen mittaaminen sekä verensokeriarvojen mittaaminen oli toteutunut suosituksen mukaisesti. Verenpaineen mittaaminen, näöntarkastus sekä painon mittaus ovat opinnäytetyön tulosten mukaan jääneet jonkin verran puutteellisiksi. Lisäksi kolmasosa osallistuneista ei ollut käynyt kertaakaan hoitajan eikä lääkärin vastaanotolla somaattisen terveyden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana.

8.1.2 Terveysneuvonnan toteutuminen ja toiveiden tarkastelu

Terveysneuvonta toteutui tämän tutkimuksen mukaan suhteellisen hyvin kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavilla. Korkean verenpaineen hoitoon oli saanut elintapaneuvontaa reilu puolet osallistuneista. Lähes kaikki olivat saaneet ruokavalio-ohjeita korkeiden kolesteroliarvojen hoitoon, samoin kuin elintapaneuvontaa korkeiden verensokeriarvojen hoitoon. Suurin osa ylipainoisista osallistuneista oli saanut elintapaneuvontaa painonhallintaan viimeksi kuluneen vuoden aikana. Elintapaneuvontaa painonhallintaan oli saatu eniten sairaanhoitajilta.

Tupakoinnin lopettamiseen liittyvää neuvontaa oli saanut suurin osa tupakoitsijoista. Lääkäriltä neuvontaa oli saanut jopa puolet tupakoitsijoista. Yli puolet alkoholinkäyttäjistä puolestaan ei ollut saanut lainkaan neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen. Lääkäriltä neuvontaa oli saanut joka kolmas, ja pieni osa alkoholinkäyttäjistä oli saanut neuvontaa sairaanhoitajalta.

Liikuntaa mukaan lukien hyötyliikunta harrasti suurin osa osallistuneista. Neuvontaa liikuntaan viimeksi kuluneen vuoden aikana olivat saaneet lähes kaikki. Eniten neuvontaa oli saatu sairaanhoitajalta tai joltakin muulta osapuolelta, kuten fysioterapeutilta tai ohjaajalta. Unihäiriöistä kärsi vain reilu neljännes osallistuneista, joista lähes kaikki mainitsivat saaneensa neuvontaa unihäiriöihin. Myös tässä sairaanhoitajalta oli saatu eniten neuvontaa. Voidaan todeta, että skitsofreniaa sairastavien terveysneuvonta on pääosin toteutunut hyvin, kun heillä on todettu jokin terveyshaikka. Joka kolmas ei ollut puolestaan saanut neuvontaa korkeiden verenpaine- ja verensokeriarvojen hoitoon, ja yli puolet alkoholinkäyttäjistä ei ollut saanut neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen.

Lähes kaikki tämän opinnäytetyön haastatteluihin osallistuneet olivat halukkaita osallistumaan johonkin terveyttä edistävään ryhmätoimintaan. Suosituimpia ryhmätoimintoja olivat liikuntaryhmä ja terveellinen ruokavalio -ryhmä. Lisäksi somaattisten terveyspalveluiden toiveiden kartoituksessa esille nousi

verenpaineen mittaus ja terveystarkastusten järjestäminen useammin sekä somaattisen ja psyykkisen kunnon huomioiminen hoidossa.

8.2 Toteutuksen tarkastelu

Opinnäytetyöprosessi alkoi heinäkuussa 2015, jolloin pyydettiin toimeksiantosopimusta Joensuun mielenterveyskeskukselta. Elokuussa 2015 järjestettiin toimeksiantajan (Joensuun mielenterveyskeskus) edustajien kanssa suunnittelupalaveri, jossa vahvistettiin toimeksianto ja suunniteltiin sen sisältöä tarkemmin. Tällöin toimeksiannon kohderyhmäksi vahvistettiin kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavat. Keskustelun pohjalta luotiin syyskuun aikana aihe-suunnitelma, josta kävivät ilmi aihe, opinnäytetyön tietoperusta, tutkimusasetelma ja kohderyhmä. Esisuunnitteluvaiheen aikana täsmennettiin myös tutkimuksen tavoitteet ja toteutukseen soveltuva aineistonkeruumenetelmä. Opinnäytetyölle laadittiin aikataulu, tietopohjan hankintatapa ja suunniteltiin alustava aineiston käsittelytapa (Heikkilä 2014, 22–27.)

Lokakuussa 2015 pidettiin palaveri kuntoutuspoliklinikan edustajan kanssa, jossa tutustuttiin kuntoutuspoliklinikan toimintaan, pohdittiin soveltuvaa tutkimusmenetelmää sekä käytännön järjestelyihin liittyviä tekijöitä. Näkemystä aiheesta vahvistettiin myös osallistumalla marraskuussa Tuupovaaran Mielen hyvinvointipäivään ja haastattelemalla joulukuussa asiantuntijoita (Joensuun mielenterveyskeskuksen apulaisosastonhoitaja ja lääkäri sekä kuntoutuspoliklinikan apulaisosastonhoitaja ja Tuupovaaran diabeteshoitaja). Lokakuun 2015 ja tammikuun 2016 välisenä aikana valmistettiin opinnäytetyönsuunnitelma, josta kävi ilmi opinnäytetyön tarkoitus ja toteutustapa. Lisäksi tammikuun 2016 aikana valmistettiin haastattelulomake haastatteluita varten ja helmikuun 2016 aikana suostumuslomake osallistujia varten. Suostumuslomakkeen (ks. liite 2) valmistamiseen käytettiin apuna Karelia-ammattikorkeakoulun grafiikoita. Opinnäytetyönsuunnitelma liitteineen sisällytettiin suostumuslupahakemukseen, joka lähetettiin Joensuun sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen ylilääkärille hyväksyttäväksi. Hakemus hyväksyttiin

ja opinnäytetyön toteuttamiseen saatiin puoltava viranhaltijapäätös helmikuussa 2016.

Esisuunnitteluvaihe sisälsi myös tutustumista mielenterveyskeskuksen yksiköiden toimintaan. Tutustuminen ja esisuunnitteluvaiheessa tehdyt asiantuntijahaastattelut koettiin keskeisenä näkemyksen vahvistajana, jonka pohjalta pystyttiin etenemään sujuvasti toteutusvaiheeseen. Ideointi- ja esisuunnitteluvaiheiden aikana keskeistä on ollut myös koulun pienryhmäohjauksessa saatu tuki ohjaavalta opettajalta sekä vertaisarviointi muilta pienryhmäohjaukseen osallistuneilta opiskelijoilta. Pienryhmäohjausta järjestettiin säännöllisin väliajoin Karelia-ammattikorkeakoulun Tikkarinne-kampuksella.

Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan skitsofreniaa sairastavan somaattista terveyttä aiheen ajankohtaisuuden, toimeksiantajan kartoitustarpeen ja oman henkilökohtaisen kiinnostuksen vuoksi. Haastattelulomakkeen esitestaus ja vastausaineiston keruu toteutuivat suunnitellusti helmikuun-maaliskuun 2016 aikana. Keskeistä toteutuksen onnistumisessa oli tiivis moniammatillinen yhteistyö Joensuun mielenterveyskeskuksen ja kuntoutuspoliklinikan henkilökunnan kanssa. Yhteistyötä kuntoutuspoliklinikalla edelsi tammikuussa 2016 järjestetty omahoitajien ohjeistustilaisuus, jossa tuotiin esille kriteerit skitsofreniaa sairastavan osallistumiselle haastatteluun ja kerrattiin osallistuneen ohjeistamiseen liittyvät tekijät. Hoitajat saivat esittää tilaisuudessa myös kysymyksiä, ja heille jätettiin muistamisen tueksi tekstitiedosto, jossa käsiteltiin keskeiset asiat haastattelua edeltävässä yksilöohjeistuksessa. Opinnäytetyön tekijöillä oli molemmilla omat haastateltavat, mutta yhteisistä pelisäännöistä, kuten äänenpainosta ja mahdollisista haasteellisista tilanteista, keskusteltiin etukäteen. Haastatteluiden aikana pidettiin yhteyttä tarvittaessa myös puhelimitse ja sähköpostitse mielenterveyskeskuksen ja kuntoutuspoliklinikan edustajien kanssa. Haastatteluiden tavoitteeksi asetettuun vastausmäärään (30) päästiin maaliskuun 2016 lopussa, jolloin voitiin siirtyä vastausten analysointiin. Strukturoidut kysymykset analysoitiin Excel-taulukointiohjelman avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin

avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Analysoinnin yhteydessä huomattiin, että liikunnan harrastamista koskevaa kysymystä kannattaa jatkossa tarkentaa niin, että sen vastauksesta selviää myös muiden liikuntamuotojen kuin hyötyliikunnan määrä.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tärkeitä tutkimuseettisiä tekijöitä ovat plagioinnin välttäminen, avoimuus ja tarkka selostus opinnäytetyön toteuttamisen aikana. Opinnäytetyön toteutuksessa noudatetaan tutkimuseettiä eli hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluvat rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus tutkimusprosessin vaiheissa. Lisäksi siihen kuuluvat ihmisarvon kunnioittaminen, perehtyneisyys sekä suostumus. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 25–26, 232.) Opinnäytetyötä varten on kerätty monipuolinen ja kansainvälinen aineisto aiemmin tehdyistä tutkimuksista, tietokirjallisuudesta ja metodikirjallisuudesta. Tietoperustan kokoamisprosessissa on arvioitu kriittisesti eri tutkimusten luotettavuutta, monipuolisuutta ja tuoreutta. Tietoperustaan käytettiin laillistettuja tietokantoja, kuten CINAHL, PubMed ja Academic Search Elite (Ebsco). Kirjallisuuden etsinnässä on hyödynnetty paikallisia kirjastoja, kuten Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän tieteellistä kirjastoa, korkeakoulujen kirjastoja ja kaupunginkirjastoa. Lisäksi Joensuun mielenterveyskeskus sitoutui järjestämään terveysasiantuntijoiden kanssa tapaamisia, joissa oli mahdollista saada suullista tiedonantoa somaattista terveysseurantaa koskevista tekijöistä. Asiantuntijahaastattelut nauhoitettiin ja nauhoitteet hävitettiin välittömästi opinnäytetyön suunnitteluvaiheen päätyttyä.

Opinnäytetyöprosessin aikana annetaan kaikki mahdollinen tieto tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä projektin lopussa myös tuloksista. Kaikki toteutettu toiminta on siis avointa ja luottamuksellista. (Kuula 2011, 34–36.) Skitsofrenian moninaisen sairaudenkuvan vuoksi opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa perehdyttiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettisiin asiakirjoihin ja mielenterveyslakiin, jotta haastattelutilanne on osallistuneen kannalta mahdollisimman eettinen. Tutkimusluvan hankkimista

varten selvitettiin eettistä näkökulmaa ja saatiin kirjallinen tiedonanto tutkimustoimiin liittyvistä asioista Joensuun sosiaali- ja terveyskeskukselta, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ky:n tutkimuseettiseltä toimikunnalta sekä suullinen tiedonanto Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän opetus- ja tutkimuskoordinaattorilta. Nämä asiantuntijalausunnot auttoivat tutkimuseettisten toimintatapojen varmistamisessa. Tutkimuslupa varmistettiin hakemuslomakkeella Joensuun hallinnon johtavalta ylilääkäriltä, joka arvioi opinnäytetyöstä saatavan tiedon hyödyllisyyden suhteessa haastattelun eettisyyteen.

Tutkimuksen luotettavuutta kuvaavat määrällisessä tutkimuksessa validiteetti ja reliabiliteetti ja lisäksi esitestaaminen sekä riittävän suuri otanta. Validiteetti tarkoittaa tässä sitä, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat ilmiötä, jota halutaan tutkia. Reliabiliteetti ilmaisee, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–190.) Voidaan siis ajatella, että haastattelulomakkeen esitestaaminen lisäsi sen luotettavuutta, sillä tällöin saatiin selville mahdolliset haastattelulomakkeen rakenteelliset puutteet. Haastattelussa käytetyllä mittarilla on hyvä validiteetti. Haastateltavat henkilöt valittiin suostumusjärjestyksessä. Suostumuksen tiedustelussa tiedusteluun ei vaikuttanut esimerkiksi osallistuneen ikä tai sukupuoli. Keskeistä oli, että jokaisella kohderyhmään kuuluvalla oli tasavertainen mahdollisuus osallistua haastatteluun. Tutkimusongelmaan voidaan vastata helpommin silloin, kun jokaisella motivoituneella osallistujalla on ollut mahdollisuus tulla kuulluksi.

Osallistuneet osallistuivat siis tämän opinnäytetyön lomakehaastatteluun omasta suostumuksestaan. Suostumuksen huomiointi on erityisen keskeistä, mikäli kognitiivisen toimintakyvyn voidaan osoittaa olevan sairauden vuoksi madaltunut. Henkilö, joka ei esimerkiksi mielenterveydenhäiriön vuoksi kykene pätevästi antamaan suostumustaan tutkimukseen, voi olla tutkittavana vain, jos tutkimuksesta on vain vähäinen vahinko tai vaara tutkittavalle ja tutkimuksesta voidaan osoittaa olevan hyötyä potilaalle. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.) Osallistuneiden valinta tapahtui Joensuun kuntoutuspoliklinikalla.

Kuntoutuspoliklinikan henkilökunta tuntee mielenterveyskuntoutujat ja pystyi näin ollen tiedustelemaan heiltä etukäteen suullisessa kontaktissa halukkuutta osallistua opinnäytetyön haastatteluun sekä arvioimaan skitsofreniaa sairastavan senhetkisen kognitiivisen toimintakyvyn suostumukseen. Lomakkeen laadinnassa pyrittiin ennen kaikkea selkeyteen, jotta se palvelee mahdollisimman monia vastaajia. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.)

Osallistuneen suostumus varmistettiin vielä haastattelutilanteessa suullisesti hänen omahoitajansa läsnä ollessa sekä kirjallisesti suostumuslomakkeella, jonka osallistunut sai luettavakseen jo ennen haastattelutilanteen alkamista. Pidimme tärkeänä omahoitajan läsnäoloa, sillä hoitajalla ja osallistuneella on luottamuksellinen suhde, joka voi helpottaa osallistuneen oloa haastattelun aikana. Osallistuneen suostumuksen varmistamisessa korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelijoilla on vaitiolovelvollisuus. Lisäksi painotettiin, että haastateltavalla osallistuneella oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu missä tahansa haastattelun vaiheessa. Mikäli osallistunut olisi vastustanut haastattelua, sitä ei olisi saanut hänelle suorittaa. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.)

Käytetyn mittarin validiteetti on hyvä, sillä haluttua ilmiötä eli skitsofreniaa sairastavien kokemuksia ja vastautustyyppien määriä pystyttiin mittaamaan mittarin avulla. Määrien mittausta varten opinnäytetyön haastattelulomakkeessa on 30 jäsenneltyä kysymystä. Lisäksi haastattelussa voitiin varmistaa kysymys- ja vastausvaihtoehtoja tarvittaessa, sillä se toteutettiin suullisesti. Tällöin väärinymmärrysten riski pienenee. Viimeisenä ollut avoin kysymys palvelee puolestaan tarvetta kartoittaa osallistuneiden yksittäisiä toiveita somaattisille terveyspalveluille. Kysymyksenasettelua voitiin myös täsmentää, mikäli osallistunut ei ymmärtänyt kysyttävän aiheen sisältöä. Myös haastattelijalla oli mahdollisuus kysyä osallistuneelta vastausta uudelleen, mikäli hän epäili ymmärtäneensä kuulemansa vastauksen väärin (esimerkiksi hiljaisen äänenpainon vuoksi).

Läsnä oli myös osallistuneen omahoitaja, joka oli alustavasti kertonut osallistuneelle henkilölle haastattelusta ja haastattelun tarkoitus oli tällöin kaikille osapuolille entuudestaan tuttu. Avoimen kysymyksen vapaa vastausmuoto lisäsi vastauksen luotettavuutta, sillä tällöin kysymyksen strukturoitu asettelumalli ei rajoittanut vastaajan mielipidettä. Vastaus perustui tuolloin suoraan vastaajan omakohtaisiin kokemuksiin nykyhetkestä, mikä myös lisää osaltaan luotettavuutta. Haastattelutilanteessa haastattelijan äänenpaino kysymyksenasettelussa voi vaikuttaa osallistujan tapaan vastata ja siksi siihenkin on kiinnitettävä erityistä huomioita. Puhetavan valinnassa kannattaa noudattaa normaaliuden periaatteita ja valita omaan suuhun sopivat ilmaukset. Kielenkäyttö on hyvää silloin, kun se saa haastateltavan tuntemaan itsensä tasa-arvoiseksi, ja huonoa silloin, kun haastateltava tuntee, että häneen kohdistuvaa valtaa ilmaistaan käyttämällä vaikeaselkoista tieteen kieltä. (Valli & Aaltola 2015, 32–35.) Haastattelutilanteessa pyrimme haastattelemaan mahdollisimman selkeästi ja neutraalilla äänenpainolla.

Analyysin aikana kaikkia osallistuneen terveyttä koskevia tekijöitä käsiteltiin luottamuksellisesti sekä suostumuslupalomakkeessa ilmenneiden ehtojen mukaisesti. Osallistuneiden suostumuslupalomakkeet jätettiin arkistoitavaksi Joensuun kuntoutuspoliklinikalle. Kaikesta toteutetusta toiminnasta ollaan vaitiolovelvollisia ja tutkimusanalyysin päätteeksi tutkimusaineisto hävitettiin. Opinnäytetyön raportointivaiheessa noudatetaan lähdemerkintöjen osalta Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen mukaisia rakenne- ja muotovaatimuksia.

8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Aiempi tutkimus osoittaa, että on tärkeää saada skitsofreniaa sairastavien somaattisten sairauksien ennaltaehkäisy samalle tasolle muun väestön kanssa. Somaattisen terveyden seurannasta ja hoidosta on sovittava paikallisesti eri yhteistyötahojen kanssa. Sairauksien ennaltaehkäisy on tärkeää, ja psykoosilääkityksen seuranta haittaoireiden takia tulee olla säännöllistä. Lisäksi

somaattisten sairauksien hoito täytyy aloittaa viiveettä. (Heiskanen ym. 2010, 389–396.) Minkä tahansa metabolisen oireyhtymän osatekijän havaitseminen tulisi johtaa muiden osatekijöiden tutkimiseen (Syväne 2016).

Opinnäytetyön tulosten mukaan terveysseurantaa ja -neuvontaa saivat enemmän ne osallistuneet, joilla oli aiemmin todettu jokin somaattinen perussairaus. Verenpaineen mittausta, näöntarkastusta sekä painon mittausta ovat jääneet jonkin verran puutteellisiksi. Joka kolmas ei ollut saanut neuvontaa korkeiden verenpaineiden hoitoon. Yli puolet alkoholinkäyttäjistä mainitsi, ettei ollut saanut neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen. Näihin on hyvä jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Lisäksi kolmasosa osallistuneista ei ollut käynyt kertaakaan hoitajan eikä lääkärin vastaanotolla somaattisen terveyden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Osallistuneista puolet halusi kuitenkin osallistua henkilökohtaiseen somaattiseen terveystarkastukseen. Tuloksissa ilmeni toiveita siitä, että somaattiset ongelmat otettaisiin käsittelyyn varhaisessa vaiheessa ja verenpaineen mittausta toteutettaisiin useammin.

Jatkokehitysideana on somaattisen terveyden seurantavälien lyhentäminen kaikille skitsofreniaa sairastaville niin, että seuranta tulee toteutumaan suositusten mukaisesti. Erityisesti ylipainon ennaltaehkäisyyn ja seurantaan tulee kiinnittää huomiota tulevaisuudessa. Seurantavälien lyhentämistä ja olemassa olevien, toimivien toimintatapojen juurruttamista voivat helpottaa konkreettiset yhteiset ohjeet suositusten toteutumiselle. Nämä ohjeet on hyvä olla jokaisella työntekijällä esillä, esimerkiksi seinällä, muistutuksena somaattisen terveysseurannan toteutumisesta.

Somaattisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon tulee aina perustua ajantasaiseen näyttöön, eli vaikuttavaksi tunnistettujen menetelmien käyttöön potilaan hoidossa ja hänen läheistensä huomioimisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53–54). Parhaillaan käynnissä oleva Siun sote -hanke pyrkii tämän lisäksi kustannustehokkuuteen (Siun sote 2016a.) Siun sote -hankkeen tavoitteena on yhdistää Pohjois-Karjalan ja Heinäveden alueella olevien 14 kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut sekä keskussairaala samaan

organisaatioon (Siun sote 2016b). Yhteiskunnallisessa keskustelussa on virinnyt huolta hyvinvoinnin ylläpitämisen taloudellisesta kestävydestä Suomessa. Siltikin hyvinvoinnin voidaan ajatella olevan edellytys kestäväälle taloudelle. (Särkelä, Siltaniemi, Rouvinen-Wilenius & Parviainen 2014, 265.) Koemme, että ennaltaehkäisevä työ on parhaimmillaan kustannustehokasta ja soveltuu siksi nykyiseen ajankuvaan. Ennaltaehkäisevistä menetelmistä annettakoon esimerkkinä osallistuneiden vastauksissa esille tulleet terveys- ja liikuntaryhmät. Muita ennaltaehkäiseviä menetelmiä voivat olla mielenterveyskeskuksessa esimerkiksi matalan kynnyksen hoitoon kuuluvat potilasohjaus, -neuvonta, hoidontarpeen arviointi ja palveluohjaus (Suvanto & Niemi 2016).

Osallistuneista puolet ilmoitti haluavansa käydä somaattisessa terveystarkastuksessa mieluiten omalla terveysasemalla ja kolmasosa mieluiten mielenterveyskeskuksessa. Pohdimme tulosten seurauksena, että mielenterveyskeskuksessa voisi olla oma terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, joka järjestää säännöllisiä somaattisia terveystarkastuksia skitsofreniaa sairastaville. Tällöin terveystarkastus järjestetään paikassa, joka on skitsofreniaa sairastavalle entuudestaan tuttu. Eduksi heille tulee olemaan se, että tällöin mielenterveyskeskuksen henkilökunnalla on mahdollisuus keskustella terveydenhoitajan kanssa asiakkaan hoidon kokonaisuudesta. Mikäli skitsofreniaa sairastavalla on kaksoisdiagnoosi, esimerkiksi skitsofrenia ja päihderiippuvuus, häntä voi olla kannattavaa hoitaa psykiatrisen hoidon yhteydessä. Moniammatillisesta konsultaatiosta saattaa tällöin olla hyötyä. Lisäksi tällaisessa hoidossa tulee muistaa dialogisuus toimijoiden välillä sekä omaisten huomioiminen. (Holmberg 2014.)

Lähes kaikki osallistuneet kertoivat harrastavansa hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia päivän aikana ja olivat halukkaita osallistumaan johonkin terveyttä edistävään ryhmätoimintaan. Suosituimpia ryhmätoimintoja olivat liikuntaryhmä ja terveellinen ruokavalio -ryhmä. Lentopallo, uinti ja jalkapallo olivat toivotuimpia ryhmäliikuntamuotoja. Kiinnostusta herättivät myös painonhallintaryhmä ja tupakasta vieroittaminen -ryhmä. Lisäksi ilmeni

kiinnostusta taiteita ja henkistä terveyttä käsitteleviin ryhmiin. Keskeistä on jatkossa siis erilaisten ryhmätoimintojen turvaaminen.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää jatkotutkimuksissa muun muassa vertailemalla tuloksia muihin väestöön kohdistettuihin tutkimuksiin. Syksyllä 2016 tehdään terveydenhoitajaopintoihin liittyvä kehittämistyö tässä opinnäytetyössä ilmenneiden jatkotutkimus- ja kehittämisideoiden pohjalta. Tarkoituksena on lihavoittaa tämän opinnäytetyön aineistonanalyysiä laadullisilla tapaustutkimuksilla ja ymmärtää tutkimuskohdetta paremmin (Heikkilä 2014, 15). Lisäksi tarkoituksena on edelleen kehittää skitsofreniaa sairastavien somaattisia terveystalveluita.

8.5 Oppimisprosessi ja ammatillisen kasvun kuvaus

Meitä kiinnostivat opinnäytetyöntekijöinä mielenterveys- ja päihdehoitotyö ja mielenterveysdiagnoosin saaneiden hoitokokemukset jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa. Aihe koettiin keskeiseksi, sillä hoitokokemuksille haluttiin antaa kuuluvuutta paikallisten kuntoutuspalveluiden kehittämiseksi. Valmista toimeksiantoa ei ollut, joten pyysimme yhteistyökumppaniksi Joensuun mielenterveyskeskuksen edustajia, ja vastaus pyyntöön oli myönteinen. Yhteistyöstä toimeksiantajan kanssa muodostui välitön suhde, jossa saimme voimavaroja ja tukea opinnäytetyöprosessille sekä mahdollisuuden kehittää omaa ammatillista osaamista yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa.

Tavoitteena oli, että parityöskentely onnistuu opinnäytetyönsuunnitelman laatimisessa, opinnäytetyön valmistamisessa ja aikataulujen yhteensovittamisessa tasavertaisesti. Opinnäytetyötä tehtiin oppilaitoksen tiloissa sekä etätyöskentelynä internetin välityksellä. Opinnäytetyötä varten etsittiin tietoa yhdessä pohtien ja kirjoittaen. Opinnäytetyötä arvioitiin jatkuvasti kirjoittamisen aikana ja siitä kysyttiin palautetta säännöllisesti yhteistyötahoilta ja ohjaavalta opettajalta. Lisäksi saatiin vertaisarviointia kanssaopiskelijoilta. Yhteydenpito kanssaopiskelijoihin ja ohjausta tarjoaviin tahoihin oli hyvin säännöllistä, ja sitä toteutettiin eri viestintäkanavien kautta: puhelimitse,

sähköpostitse ja yhteisissä tapaamisissa. Teoreettinen pohjatyöskentely antaa tärkeää tietoa siitä, miksi somaattinen terveysseuranta ja -neuvonta ovat hyödyllisiä skitsofreniaa sairastaville.

Tässä opinnäytetyössä kaikki vaiheet olivat merkityksellisiä ja opettavaisia. Aluksi oli haastavaa sisäistää opinnäytetyön eri vaiheet, ja suunnittelun aloittamisen aikataulua oli hankala hahmottaa. Saimme kuitenkin paljon tukea ja ohjausta sekä toimeksiantajan että Karelia-ammattikorkeakoulun puolelta opinnäytetyön tekemistä varten. Pohjatyöskentely ja aiheeseen perehtyminen vaativat yllättävän paljon aikaa, mutta toisaalta hyvä tietoperusta ja pohjatyöskentely loivat erinomaisen pohjan itse opinnäytetyön tekemiselle. Lisäksi meitä yllätti myös se, kuinka tärkeitä esisuunnittelu- ja suunnitteluvaihe olivat koko opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Myös opinnäytetyön suunnitelman laajuus oli meille yllätys, toisaalta taas se antoi selkeän pohjan opinnäytetyölle. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on edennyt tehtyjen suunnitelmien mukaisesti, ja olemme pysyneet hyvin aikataulussa.

Opinnäytetyöprosessi sisälsi paljon yhteydenottoja eri tahoihin ja tapaamisia toimeksiantajan, kuntoutuspoliklinikan henkilökunnan sekä eri asiantuntijoiden kanssa. Nämä veivät omalta osaltaan paljon aikaa, mutta olivat myös opinnäytetyöprosessissa hyvin olennaisia asioita. Opinnäytetyö olikin siis yllättävän paljon muutakin kuin vain kirjoittamista ja tietoperustaan perehtymistä. Suullinen haastattelu oli meille molemmille opinnäytetyöntekijöille jännittävä ja uusi asia. Valmistauduimme haastatteluihin yhdessä käymällä haastattelunkulkuun ja haastattelurunkoon sisältyviä asioita läpi useasti. Näin kehitimme omia vuorovaikutustaitojamme ennen oikeaa haastattelutilannetta ja varmistimme lomakkeemme moitteettomuuden. Opimme paljon haastatteluun liittyvistä tekijöistä, kuten äänenpainon merkityksestä ja haastattelulomakkeen tekemisestä. Lisäksi haastattelutilanteissa opimme lisää asiakaskohtaamisista.

Haastavimpia ja aikaa vieviä asioita opinnäytetyössä oli hyvän tietopohjan etsiminen, luotettavien lähteiden löytäminen sekä opinnäytetyön muokkaaminen lopulliseen muotoonsa. Lähdekriittisyyttä opimme paljon koko

opinnäytetyöprosessin aikana. Lisäksi opimme käyttämään erilaisia tietokantoja sekä kansainvälisiä lähteitä työssämme. Opinnäytetyön aiheeseen tehtiin muutos 14.1.2016 ja entinen aihe "Skitsofreniapotilaan terveystarkastus" vaihtui aiheeksi "Skitsofreniapotilaan terveysseuranta ja -neuvonta." Viimeksi mainitun aiheen ajateltiin palvelevan paremmin lukijoita ja toimeksiantajaa, sillä terveysseuranta ja -neuvontaa tapahtuu myös muualla kuin varsinaisessa terveystarkastuksessa. Aiheen vaihtaminen aiheutti jonkin verran lisätyötä ja tarvetta tarkentaa teoreettista viitekehystä. Aiheen aiempi tarkentaminen olisi vähentänyt henkilökohtaista työmäärää myöhemmässä vaiheessa, mutta toisaalta vaihdos helpotti ymmärtämään paremmin opinnäytetyön tarkoitusta ja merkitystä lukijalle.

Opinnäytetyön kohderyhmän nimeen tehtiin muutos 14.10.2016 ja entinen käsite "skitsofreniapotilas" vaihtui käsitteeksi "skitsofreniaa sairastava." Viimeksi mainitun ajateltiin palvelevan enemmän lukijoita ja toimeksiantajaa. Potilas on puolestaan henkilö, joka tarvitsee sairautensa vuoksi terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamia sairaan- tai terveydenhoidollisia toimenpiteitä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Koemme, että skitsofreniaa sairastava tulee nähdä aktiivisena henkilönä, joka voi itse vaikuttaa sairauteensa ja hyvinvointiinsa. Tällöin käsite "skitsofreniaa sairastava" kuvaa kohderyhmäämme paremmin.

Parityöskentely oli yksi merkittävä tekijä tässä opinnäytetyössä. Aikatauluista sovittiin jo etukäteen, ja tehtävät jaettiin kummallekin tasapuolisesti. Pääsimme hyvin tavoitteeseemme, ja parityöskentely onnistui erinomaisesti. Lisäksi erityisen tärkeää parityöskentelyssä oli toisen osapuolen tuki, ja pystyimme jakamaan tehtäviä kummankin vahvuuksien mukaisesti. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessista tärkeimpiä oppimiamme asioita olivat parityöskentely, suullisen haastattelututkimuksen toteuttaminen sekä opinnäytetyön hyvä suunnittelu.

Lähteet

- American Diabetes Association. 2010. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 33 (Supplement 1), S62–S64.
- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists and North American Association for the Study of Obesity. 2004. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 27 (2), 596–601.
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D.E., Salkever, D., Slade, E.P., Peng, X. & Conley, R.R. 2010. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry* 10 (2).
- Busche, C. & Holt, R. 2004. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 184 (47), 67–71.
- Cohn, T., Prud'homme, D., Streiner, D., Kameh, H. & Remington, G. 2004. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Canadian Journal of Psychiatry* 49 (11), 753–760.
- De Hert, M.A., van Winkel, R., Van Eyck, D., Hanssens, L., Wampers, M., Scheen, A. & Peuskens, J. 2006. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophrenia Research* 83 (1), 87–93.
- Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. 2016. Taitolaji-toiminta. Kuinka paljon on liian paljon? <http://www.taitolaji.fi/vinkkeja-elamantapamuutoksiin/mita-tiedat-alkoholinkaytostasi/kuinka-paljon-on-liian-paljon>. 22.8.2016
- Emdin, C.A., Rahimi, K., Neal, B., Callender, T., Perkovic, V. & Patel, A. 2015. Blood pressure lowering in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association* 313 (6), 603–615.
- Eriksson, J.G. 2011. Early growth and coronary heart disease and type 2 diabetes: findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS). *The American Journal of Clinical Nutrition* 94, Supplement 1799S–1802S.
- Fagerberg, B., Bondjers, L. & Nilsson, P. 2004. Low birth weight in combination with catch-up growth predicts the occurrence of the metabolic syndrome in men at late middle age: the Atherosclerosis and Insuline resistance study. *Journal of Internal Medicine* 256, 254–259.
- Foley, D.L. & Morley, K.I. 2011. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *JAMA Psychiatry* 68 (6), 609–616.
- Harville, E.W., Srinivasan, S., Chen, W., & Berenson, G.S. 2012. Is the metabolic syndrome a "small boy" syndrome?: the bogalusa heart study. *Metabolic Syndrome and Related Disorders* 10, 413–421.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, T. 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1795-9/urn_isbn_978-952-61-1795-9.pdf. 4.1.2016.

- Heiskanen, T., Niskanen, L. & Koponen, H. 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suomen Lääkärilehti* 65 (5), 389–396.
- Hennekens, C.H., Hennekens, A.R., Hollar, D. & Casey, DE. 2005. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal* 150 (6), 1115–1121.
- Hintikka, J. & Niskanen, L. 2005. Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121 (7), 705–707.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2014. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Sairaanhoidajan online -käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, M.O. 2015a. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148. 21.1.2016.
- Huttunen, M.O. 2015b. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääkkeet mielen hoidossa. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033. 4.5.2016.
- Ilanne-Parikka, P. 2006. Diabeteksen toteaminen aikuiselta ja toteamisen yhteydessä tehtävät tutkimukset. *Diabetes ja lääkäri* 35 (5), 6–10.
- Joensuun kaupunki. 2015a. Kuntoutuspoliklinikka. <http://www.joensuu.fi/kuntoutuspoliklinikka>. 20.1.2016.
- Joensuun kaupunki. 2015b. Mielenterveyspalvelut. <http://www.joensuu.fi/mielenterveyspalvelut>. 20.1.2016.
- Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R. & Lehtinen, V. 2001. Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry* 179 (6), 498–502.
- Kangas, S. 2012. "Mutta niinhän se on ollu aina. Jos se on luonnon laki?" – Miesten selitystapoja sukupuolten välisistä elinajanodotteen eroista. Pro Gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto, 3–5.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kawamoto, R., Tomita, H., Oka, Y. & Ohtsuka, N. 2006. Relationship between serum uric acid concentration, metabolic syndrome and carotid atherosclerosis. *Internal Medicine* 45 (9), 605–614.
- Keinänen, J., Mantere, O., Kiesepää, T., Mäntylä, T., Torniainen, M., Lindgren, M., Sundvall, J. & Suvisaari, J. 2015. Early insulin resistance predicts weight gain and waist circumference increase in first-episode psychosis -A one year follow-up study. *Schizophrenia Research* 169 (1-3), 458–463.
- Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 131 (6), 577–582.
- Koro, C.E., Fedder, D.O., L'Italien, G.J., Weiss, S., Magder L.S., Kreyenbuhl, J., Revicki, D. & Buchanan, R.W. 2002. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the

- risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. *JAMA Psychiatry* 59, 1021–1026.
- Kumar, R. 2005. *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. London: SAGE Publications.
- Kuula, A. 2011. *Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Kärki, R. 2016. Apulaisosastonhoitaja. Joensuun mielenterveyskeskus. Kirjallinen tiedonanto. 15.1.2016.
- Käypä hoito -suositus. 2013. Diabetes. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056>. 9.1.2016.
- Käypä hoito -suositus. 2014. Kohonnut verenpaine. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04010#s22>. 3.10.2016.
- Käypä hoito -suositus. 2015a. Skitsofrenia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00031&suositusid=hoi35050>. 22.12.2015.
- Käypä hoito -suositus. 2015b. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi40020>. 21.1.2016.
- Käypä hoito -suositus. 2015c. Alkoholiongelman hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>. 13.5.2016.
- Käypä hoito -suositus. 2016. Liikunta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075>. 15.9.2016.
- Lahtinen, A. 2013. Lääkärin tietokannat. Lääkärin online -käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laursen, T.M., Munk-Olsen, T. & Vestergaard, M. 2012. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 25 (2), 83–88.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M. & Sartorius, N. 2007. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116 (5), 317–333.
- Levaniemi, H. 2015. Apulaisosastonhoitaja. Joensuun mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikka. Nauhoitettu haastattelu 27.11.2015.
- Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009. Psykoosi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_sovellus=TK&p_artikkeli=seh00066. 16.5.2016.
- Marder, S.R., Essock, S.M., Miller, A.L., Buchanan, R.W., Casey, D.E., Davis, J.M., Kane, J.M., Lieberman, J.A., Schooler, N.R., Covell, N., Stroup, S., Weissman, E.M., Wirshing, D.A., Hall, C.S., Pogach, L., Pi-Sunyer, X., Bigger, J.T., Friedman, A., Kleinberg, D., Yevich, S.J.,

- Davis, B. & Shon, S. 2004. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 161 (8), 1334–1349.
- McEvoy, J.P., Meyer, J.M., Goff, D.C., Nasrallah, H.A., Davis, S.M., Sullivan, L., Meltzer, H.Y., Hsiao, J., Stroup, T.C. & Lieberman, J.A. 2005. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research* 80 (1), 19–32.
- Metsämuuronen, J. 2008. Metodologia-sarja 4: Laadullisen tutkimuksen perusteet. International Methelp ky. Jyväskylä: Gummerus.
- Mitchell, A.J., Vancampfort, D., De Herdt, A., Yu, W. & De Hert, M. 2013. Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode untreated and treated patients. *Schizophrenia Bulletin* 39 (2), 295–305.
- Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (8), 886–892.
- Nieminen, S. 2015. Lääkäri. Joensuun mielenterveyskeskus. Nauhoitettu haastattelu 24.11.2015.
- Pahkinen, E. 2012. Kyselytutkimusten otantamenetelmät ja aineistoanalyysi. Jyväskylä: Julpu.
- Pajarinen, R. 2015. Diabeteshoitaja. Tuupovaaran terveysasema. Nauhoitettu haastattelu 19.11.2015.
- Rintamäki, R., Grimaldi, S., Englund, A., Haukka, J., Partonen, T., Reunanen, A., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. 2008. Seasonal changes in mood and behavior are linked to metabolic syndrome. *PLOS ONE* 3 (1), 1–8.
- Saari, K., Koponen, H., Laitinen, J., Jokelainen, J., Lauren, L., Isohanni, M. & Lindeman, S. 2004. Hyperlipidemia in persons using antipsychotic medication: a general population-based birth cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry* 65, 547–550.
- Saha, S., Chant, D. & McGrath, J. 2007. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *JAMA Psychiatry* 64 (10), 1123–1131.
- Salokangas, R.K.R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (5), 505–512.
- Salokangas, R.K.R., Stengård, E. & Honkonen, T. 2000. Sairaalaista yhteiskuntaan: Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. *Stakes tutkimuksia* 248. Helsinki: Stakes.
- Sane, T. & Saraheimo, M. 2015. Diabeteksen alamuodot. *Työterveyskirjasto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Simmons, R.K., Alberti, K.G.M.M., Gale, E.A.M., Colagiuri, S., Tuomilehto, J., Qiao, Q., Ramachandran, A., Tajima, N., Brajkovich Mirchov, Ben-Nachi, A., Reaven, G., Hama Sambo, B., Mendis, S. & Roglic, G. 2010. The metabolic syndrome: useful concept or clinical tool? Report of WHO Expert Consultation. *Diabetologia* 53 (4), 600–605.
- Siun sote. 2016a. Uutiset. Siun soten puheenjohtajisto ja hallitus on valittu. <http://www.siunsote.fi/siun-soten-puheenjohtajisto-ja-hallitus-on-valittu/>. 11.9.2016.

- Siun sote. 2016b. Mikä Siun sote? <http://www.siunsote.fi/etusivu/siun-sote/mika-siun-sote/>. 11.9.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Julkaisuja 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Srisurapanont, M., Likhitsathian, S., Boonyanaruthee, V., Charmsilp, C. & Jarusuraisin, N. 2007. Metabolic syndrome in thai schizophrenic patients: a naturalistic one-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 7 (14), 1–6.
- Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M. & Aromaa, A. 2004. Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitos: Helsinki. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>. 10.9.2016.
- Suvanto, J. & Niemi, A. 2016. Siun sote, psykiatria, mielenterveyspalvelut – mitä on tulossa? Luento Pohjois-Karjalan keskussairaalan L-talossa Viesti -projektin maaliseminaarissa 9.9.2016.
- Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Suvisaari, J., Perälä, J., Saarni, S.I., Härkänen, T., Pirkola, S., Joukamaa, M., Koskinen, S., Lönnqvist, J. & Reunanen, A. 2008. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 258 (3), 129–136.
- Syvänne, M. 2016. Metabolinen oireyhtymä. Lääkäriin online -käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Särkelä, R., Siltaniemi, A., Rouvinen-Wilenius, P. & Parviainen, H. Teoksessa Särkelä, R., Siltaniemi, A., Rouvinen-Wilenius, P., Parviainen, H. & Ahola, A. 2014. *Hyvinvointitalous*. Helsinki: Suomen sosiaali ja terveys ry.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys AVTK. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/hankkeet/27941>. 15.9.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Kansantaudit. Sydän- ja verisuonitaudit. <https://www.thl.fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>. 19.9.2016.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, L. & Salokangas, R.K.R. 2016. Skitsofrenia. Lääkäriin online -käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Uitto, V.-J., Nylund, K. & Pussinen, P. 2012. Suun mikrobien yhteys perusterveyteen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128 (12), 1232.
- Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineiston keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valtonen, P., Valkonen-Korhonen, M. & Viinamäki, H. 2012. Sydämen sykevaihtelu ja psykoosisairaus. *Suomen Lääkärilehti* 67 (19), 1490–1493.

- Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S.I., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henrikkson, A-M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Suomen Lääkärilehti* 67 (11), 863–869.
- Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2007. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Sosiaalitutkimuksen sosiodemografiset taustamuuttujat: Tilastoluokitukset, ikä ja sukupuoli. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/taustamuuttujat/tilastoluokitukset.html#sukupuoli>. 3.11.2016.
- Wassink, A.M.J., Olijhoek, J.K. & Visseren, F.L.J. 2007. The metabolic syndrome: metabolic changes with vascular consequences. *European Journal of Clinical Investigation* 37 (1), 8–17.
- World Health Organization. 1999. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Jensuun mielenterveyskeskus
Toimeksiantajan edustaja:	Rajja Kärki
Osoite:	Siltakatu 18, 00100 JOENSUU
Puhelinnumero:	050 38 77729
Sähköposti:	rajja.karki@jns.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma / Terveydenhoitaja
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1300678 Liisa Laitinen 1300680 Anna Kallinen
Puhelinnumero:	044 0979393 Liisa, 050 314748 Anna
Sähköposti:	liisa.laitinen@edu.karelia.fi, anna.m.kallinen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Skitsatreniapohjaan suunniteltu terveysarkki mielen- terveyden edistämisessä ja mielenterveyskeskusten toiminnan näkökulmasta.
Toteutusmuoto	Tutkimuksellinen opinnäytetyö
Aikataulu	Elokuu 2015 - Toukokuu 2016
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	—

Toimeksiantajan sitoumukset	
Ohjaus: suullisesti, e-mail, puhelin	

Opiskelijan sitoumukset	
Santtu aikataulu, satassa pitorelu.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Minna Lappalainen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
12.8.2015	Anna Kall. Liisa Laitinen ANNA KALLINEN LIISA LAITINEN
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
19.11.2015	Rajja Kärki RAJJA KÄRKI
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
	MINNA LAPPALAINEN

Tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

Opinnäytetyön aihe:

Skitsofreniapotilaan somaattinen terveysseuranta ja -neuvonta – Joensuun Kuntoutuspoliklinikan skitsofreniapotilaiden kokemuksia ja toiveita somaattisen terveysseurannan ja -neuvonnan toteutumisesta

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

Joensuun Mielenterveyskeskuksen kuntoutuspoliklinikka

Tutkimuksen:

- a) kohdejoukko: Joensuun Kuntoutuspoliklinikan skitsofreniaa sairastavat potilaat
- b) aineiston keruumenetelmä: Strukturoitu haastattelulomake, toteutus suullisesti haastattelijan, haastateltavan ja omahoitajan läsnä ollessa
- c) aineiston keruun ajankohta: 12.2.2016 - 23.3.2016

Opinnäytetyön tekijät:

Liisa Laitinen

Anna Kallinen

Opinnäytetyön ohjaaja:

Minna Lappalainen

Työelämäohjaaja:

Raija Kärki

21 / 1 2016

LIITTEET: - toimeksiantosopimus
- tutkimussuunnitelma

*Tutkimuslupa myönnetty
15.2.16
Leena Timonen va joht.yt.*

Suostumuslomake



Suostumuslomake

Karelia-ammattikorkeakoulussa on valmisteilla opinnäytetyö, jonka tavoitteena on kartoittaa somaattisen eli fyysisen terveysseurannan ja -neuvonnan toteutumista Joensuun Mielenterveyskeskuksen Kuntoutuspoliklinikalla. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelun tapaan suullisesti ja sen aikana tullaan kysymään 31 somaattiseen terveyteen liittyvää kysymystä. Opinnäytetyön haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen, suostun osallistumaan haastattelulomakkeen avulla toteutettavaan opinnäytetyön haastatteluun. Annan opiskelijoille luvan käyttää haastattelulomakkeessa ilmeneviä tietoja opinnäytetyön kirjallisessa tuotoksessa. Haastattelusta saadut tiedoni ja kokemukseni ovat luottamuksellisia eikä henkilöllisyyttäni voi tunnistaa kirjallisessa tuotoksessa. Voin myös keskeyttää opinnäytetyön haastattelun missä tahansa vaiheessa tai jättää vastaamatta minulle esitettyyn kysymykseen.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Haastattelulomake

HAASTATTELULOMAKE

1. Olen
 - a) mies
 - b) nainen

2. Minkä ikäinen olette? _____

3. Onko oma fyysinen terveydentilanne nykyisin mielestänne
 - a) Hyvä
 - b) Melko hyvä
 - c) Keskitasoinen
 - d) Melko huono
 - e) Huono

4. Kuinka monta kertaa olette viimeksi kuluneen vuoden aikana käyneet lääkärin vastaanotolla fyysisen terveyden vuoksi? _____

5. Kuinka monta kertaa olette viimeksi kuluneen vuoden aikana käyneet hoitajan vastaanotolla fyysisen terveyden vuoksi? _____

6. Onko teillä todettu
 - a) Korkea verenpaine
 - b) Korkeat kolesteroliarvot
 - c) Korkeat verensokeriarvot
 - d) Ylipainoa
 - e) Ei ole todettu mitään edellä mainituista.

7. Milloin teiltä on viimeksi mitattu verenpaineenne?
 - a) Viimeksi kuluneen vuoden aikana
 - b) 1 vuosi sitten
 - c) 2-3 vuotta sitten
 - d) 4-5 vuotta sitten
 - e) Yli 5 vuotta sitten

Haastattelulomake

8. Jos verenpaineenne on todettu korkeaksi, niin annettiinko teille tässä yhteydessä elintapaneuvontaa (ruokavalio, liikunta..)?
- a) Kyllä
 - b) Ei
9. Milloin teiltä on viimeksi otettu EKG eli sydänfilmi?
- a) Viimeksi kuluneen vuoden aikana
 - b) 1 vuosi sitten
 - c) 2-3 vuotta sitten
 - d) 4-5 vuotta sitten
 - e) Yli 5 vuotta sitten
10. Milloin teiltä on viimeksi mitattu kolesteroliarvonne?
- a) Viimeksi kuluneen vuoden aikana
 - b) 1-2 vuotta sitten
 - c) 3-5 vuotta sitten
 - d) Yli 5 vuotta sitten
11. Jos verenne kolesterolipitoisuus on todettu korkeaksi, niin annettiinko teille tässä yhteydessä ruokavalio-ohjeita kolesterolitason alentamiseksi?
- a) Kyllä
 - b) Ei
12. Milloin teiltä on viimeksi mitattu verensokeriarvot?
- a) Viimeksi kuluneen vuoden aikana
 - b) 1 vuosi sitten
 - c) 2-3 vuotta sitten
 - d) 4-5 vuotta sitten
 - e) Yli 5 vuotta sitten
13. Jos verenne sokeriarvot on todettu korkeaksi, niin annettiinko teille tässä yhteydessä ohjeita verensokeriarvojen alentamiseksi (liikunta, ruokavalio, alkoholinkäyttö)?
- a) Kyllä
 - b) Ei

Haastattelulomake

14. Kuinka usein lääkäri/hoitaja on mitannut teiltä painon?

- a) 3 kuukauden välein
- b) 6 kuukauden välein
- c) Vuoden välein
- d) Yli vuoden välein
- e) Joku muu aikaväli, mikä? _____

15. Jos teillä on todettu ylipainoa, onko joku alla mainituista henkilöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana antanut teille neuvontaa painonhallintaan?

- a) Lääkäri
- b) Sairaanhoitaja
- c) Joku muu, kuka? _____

16. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita, piippua, sähkötupakkaa)?

- a) Kyllä, päivittäin
- b) Satunnaisesti
- c) En lainkaan

17. Haluaisitteko lopettaa tupakoinnin?

- a) En
- b) Kyllä
- c) En osaa sanoa

18. Oletteko huolissanne siitä, että tupakointinne voi aiheuttaa omalle terveydellenne vahinkoa?

- a) Hyvin huolissani
- b) Hieman huolissani
- c) En juurikaan huolissani
- d) En lainkaan huolissani

19. Onko joku alla mainituista henkilöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana antanut teille neuvontaa tupakoinnin lopettamiseen liittyen?

- a) Lääkäri
- b) Sairaanhoitaja
- c) Joku muu, kuka? _____

Haastattelulomake

20. Kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?

- a) Päivittäin
- b) 2-3 kertaa viikossa
- c) Kerran viikossa
- d) 2-3 kertaa kuukaudessa
- e) Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- f) En koskaan

21. Onko joku alla mainituista henkilöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana antanut teille neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseen liittyen?

- a) Lääkäri
- b) Sairaanhoidaja
- c) Joku muu, kuka? _____

22. Harrastatteko liikuntaa päivittäin vähintään 30 minuutin ajan (myös hyötyliikunta)?

- a) Kyllä
- b) En

23. Onko joku alla mainituista henkilöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana antanut teille neuvontaa liikuntaan liittyen?

- a) Lääkäri
- b) Sairaanhoidaja
- c) Joku muu, kuka? _____

24. Onko teillä unihäiriöitä?

- a) Kyllä
- b) Ei

25. Onko joku alla mainituista henkilöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana antanut teille neuvontaa unihäiriöihin liittyen?

- a) Lääkäri
- b) Sairaanhoidaja
- c) Joku muu, kuka? _____

Haastattelulomake

26. Milloin olette viimeksi käyneet hammaslääkärin vastaanotolla?

- a) Viimeksi kuluneen vuoden aikana
- b) 1-2 vuotta sitten
- c) 3-5 vuotta sitten
- d) Yli 5 vuotta sitten

27. Milloin olette viimeksi käyneet näöntarkastuksessa?

- a) Viimeksi kuluneen vuoden aikana
- b) 1-2 vuotta sitten
- c) 3-5 vuotta sitten
- d) Yli 5 vuotta sitten

28. Oletteko halukas osallistumaan seuraaviin terveyttä edistäviin ryhmätoimintoihin?

- a) Painonhallintaryhmä
- b) Tupakasta vieroittaminen -ryhmä
- c) Liikuntaryhmä
- d) Terveellinen ruokavalio -ryhmä
- e) Joku muu, mikä? _____

29. Olisitteko halukas osallistumaan henkilökohtaiseen fyysiseen terveystarkastukseen?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

30. Missä kävisitte mieluiten fyysisessä terveystarkastuksessa?

- a) Mielenterveyskeskuksessa
- b) Omalla terveysasemalla
- c) Joku muu, mikä? _____
- d) En osaa sanoa

31. Millaisia toiveita teillä on Mielenterveyskeskuksen palveluille fyysiseen terveyteenne liittyen?
